

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

40

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Étienne JOSEPH

Interne des Hôpitaux de Paris

Né à Paris le 15 décembre 1908

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

DES

OPERATIONS ANTIGLAUCOMATEUSES

Président : M. TERRIEN, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1935



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551619_0073

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Étienne JOSEPH

Interne des Hôpitaux de Paris

Né à Paris le 15 décembre 1908

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

DES

OPERATIONS ANTIGLAUCOMATEUSES

Président : M. TERRIEN, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1935

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie.....	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	PIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	BEZANÇON.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale.....	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la Tuberculose	N...
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (Henri) . Pathologie médicale.
 BERNARD Étienne. Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD..... Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD..... Parasitologie.
 GASTINEL..... Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD..... Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN..... Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri) ... Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL ... Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) . Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY..... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI .. Neurologie et Psychiatrie
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET... Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING..... Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE... Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHEL Physiologie.
 SANNIÉ..... Chimie biologique.
 SÈNÈQUE..... Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.

MM.

LEROUX..... Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 ZIMMERN..... Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ABRAMI	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE ..		BROCQ.....	
AUBERTIN		CADENAT.....	
BRULÉ		GATELLIER	
CHABROL.....		HEITZ-BOYER ...	
CHIRAY		MOCQUOT	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR.....		QUENU	
HARVIER.....		SCHWARTZ	
LIAN		VELTER	
PASTEUR - VALLERY- RADOT			
SÉZARY			
	MM.		
	ECALLE	} Clinique obstétricale.	
	GUÉNIOT		
	LE LORIER.....		
	LÉVY-SOLAL		
	METZGER		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

LE DOCTEUR HENRY JOSEPH

A qui je dois tout.

A MA MÈRE

A MON REGRETTÉ MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR S. I. DE JONG

Professeur agrégé à la faculté de Médecine
Médecin des Hôpitaux

MEIS ET AMICIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR F. TERRIEN

Professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de Médecine

A MES MAITRES

Stage

1926-27. MONSIEUR LE PROFESSEUR GOSSET.

— MONSIEUR LE PROFESSEUR BEZANÇON.

— MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMIERRE.

Externat

1928. MONSIEUR LE DOCTEUR MORAX.

1929. MONSIEUR LE DOCTEUR DUFOUR.

Internat

1930. MONSIEUR LE DOCTEUR NAGEOTTE.

1931. MONSIEUR LE DOCTEUR MAGITOT.

1932. MONSIEUR LE DOCTEUR POULARD.

1933. MONSIEUR LE DOCTEUR CROUZON.

— MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ VELTER.

— MONSIEUR LE DOCTEUR DUPUY-DUTEMPS.

1934. MONSIEUR LE PROFESSEUR TERRIEN.

*En faible témoignage de ma
gratitude et de mon respectueux
dévouement.*

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HOVELACQUE

*En témoignage de mon affection
et de ma gratitude pour tout ce que
je lui dois.*

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR E. HARTMANN

Ophtalmologiste des Hôpitaux

*En témoignage d'affectueux dé-
vouement et de ma reconnaissance
pour la bienveillance qu'il m'a
toujours témoignée.*

Nous tenons, au début de ce travail, à témoigner notre reconnaissance à MM. le professeur TERRIEN, le docteur MORAX, le docteur POULARD et le docteur MAGITOT qui nous ont autorisé à rechercher et à utiliser les observations concernant les glaucomateux opérés dans leurs services de 1925 à 1932.

D'autre part, nous adressons nos plus vifs remerciements à MM. le docteur MORAX et le professeur VELTER qui ont bien voulu prendre la peine de rechercher, parmi les observations de leur clientèle privée, un certain nombre de dossiers pour nous les communiquer.

INTRODUCTION

Nous avons été conduit à ce travail par le désir de préciser nos idées quant aux indications thérapeutiques relatives au glaucome. A la suite de l'usage réglé des myotiques (LAQUEUR, WEBER) et des découvertes chirurgicales de DE GRAËFE et de LAGRANGE, le glaucome, auparavant considéré comme incurable, a vu son pronostic s'améliorer considérablement. Après la floraison de travaux que suscitérent au début de ce siècle la découverte de LAGRANGE et la mise au point des différentes techniques de sclérectomie, l'opinion semblait s'être cristallisée autour des règles suivantes :

Glaucome aigu : Iridectomie.

Glaucome chronique : Sclérecto-iridectomie (en cas d'échec du traitement médical).

Glaucome secondaire. N'intervenir que la main forcée.

Les nombreuses statistiques publiées à ce propos (LAGRANGE, ELLIOT, MORAX et FOURRIÈRE, ROCHON-DUVIGNEAUD, notamment) montrent, en effet, un pourcentage de succès intéressant. Et pourtant ni la sclérecto-iridectomie, ni même l'iridectomie n'ont échappé à la discussion. La première reste entourée

d'une réputation de risque qui fait que beaucoup la déconseillent, la seconde mériterait, pour certains (DUVERGER), d'être dans le glaucome aigu détrônée au profit de la sclérecto-iridectomie.

Pour pouvoir conclure avec certitude quant aux indications des différentes thérapeutiques médicales et chirurgicales il faudrait, idéalement, pouvoir tabler sur des lots identiques de glaucomes traités respectivement par ces différentes méthodes et suivis pendant un temps également prolongé. C'est évidemment irréalisable. Aussi avons-nous dû nous contenter de rechercher dans l'absolu, les résultats éloignés des opérations antiglaucomateuses ; cependant nous avons, chemin faisant, rencontré un certain nombre de glaucomes non opérés et nous essaierons de tirer des conclusions, toutes relatives, de leur comparaison avec les glaucomes opérés.

Moyens et Méthodes employés dans ce travail

Nous avons recherché dans les registres et les fiches des services ophtalmologiques de l'Hôtel-Dieu, de Lariboisière et de Tenon tous les malades opérés pour glaucome (aigu ou chronique, primitif ou secondaire), de janvier 1925 à janvier 1932, nous en avons retrouvé (y compris une cinquantaine de malades non opérés) un peu plus de 650 que nous avons convoqués, et sur lesquels 196 se sont présentés à notre examen. C'est sur ces 196 observations qu'est essentiellement basé ce travail à la fin duquel nous les avons toutes résumées.

Nous nous sommes efforcés de tirer le meilleur parti d'observations parfois incomplètes et présentant souvent des lacunes de plusieurs années.

Lorsque nous avons revu les malades, nous nous sommes attachés évidemment, avant tout, à la mesure de la tension oculaire, de l'acuité visuelle et du champ visuel, mais, d'autre part, nous avons tenté de préciser (lorsqu'il s'agissait de sclérecto-iridectomie) la nature de la cicatrice et pour la bonne compréhension de ce qui va suivre nous devons dire deux mots, dès maintenant, des signes sur lesquels nous nous sommes basés pour classer ces cicatrices et de la façon dont nous les avons classées.

Nous ne discuterons pas ici du mode d'action de la sclérectomie ni du caractère filtrant ou non de la cicatrice. Depuis l'avènement de cette méthode de nombreux travaux anatomo-pathologiques (LAGRANGE, BONNEFON et FROMAGET, TEULIÈRES notamment) ont donné des résultats assez discordants tout en semblant bien démontrer, dans certains cas, la réalisation de la filtration. Cliniquement, on a pu démontrer cette filtration :

— Par incision d'une cicatrice cystoïde (écoulement de liquide, formation d'une nouvelle bulle après cicatrisation de l'incision) (LAGRANGE).

— Par injection de substance colorante (fluorescéine intra veineuse ou intramusculaire) et observation au microscope de son apparition dans la chambre antérieure, puis dans la bulle de la cicatrice (CASTRESANA).

— Par dépôt sur la cicatrice d'une solution (SEIDEL) ou d'une poudre (KLEEFELD) colorante et observation de son écoulement dans le sac conjonctival.

— Plus simplement enfin par le massage de l'œil amenant un gonflement de la cicatrice avec infiltration sous-conjonctivale coïncidant avec un abaissement notable de la tension oculaire.

De tous ces procédés les deux premiers nous ont paru inapplicables sur des malades de consultation, le 3^e infidèle, et c'est sur le dernier associé à l'aspect des cicatrices que nous nous sommes basés pour différencier celles-ci. C'est ainsi que nous avons distingué :

Des cicatrices bulleuses, cicatrices au niveau desquelles le massage oculaire fait apparaître une bulle sous-conjonctivale ou augmente la bulle si celle-ci existe préalablement, le tout avec baisse de la tension oculaire.

Des cicatrices plates, cicatrices où l'inspection à l'éclairage direct ou latéral, l'examen à la lampe à fente ou la diaphanoscopie font apparaître au niveau du limbe une lacune sclérale plus ou moins bleutée et recouverte ou non d'un épaissement conjonctival sans apparition d'œdème sous-conjonctival par le massage.

Des cicatrices invisibles, qu'aucun des procédés ci-dessus décrits ne permet de différencier d'une bonne cicatrice d'iridectomie.

Ayant complété nos observations par un examen pratiqué de la sorte en octobre, novembre ou dé-

cembre 1934, nous les avons classées pour étudier successivement les résultats opératoires dans le glaucome aigu, le glaucome chronique et le glaucome secondaire. Nous avons surtout insisté sur l'étude du résultat des opérations dirigées contre le glaucome chronique, parce que c'est dans cette catégorie que nous avons recueilli le plus d'observations et parce qu'il nous a paru intéressant d'étudier si un certain nombre de facteurs (état de l'acuité et du champ visuel au moment de l'opération, nature de la cicatrice opératoire) pouvaient influencer sur la qualité des résultats. D'autre part, c'est dans ce chapitre du glaucome chronique que prend place l'étude de complications tardives qui viennent assombrir le pronostic éloigné des opérations antiglaucomateuses et dont nous avons tenté de préciser la fréquence (sclérose cristallinienne) ou les relations avec la technique employée (infection post-opératoire tardive). Enfin, c'est pour compléter notre documentation sur le glaucome chronique, que nous avons utilisé un certain nombre d'observations supplémentaires, prises dans la clientèle privée de deux de nos maîtres, pour comparer les résultats opératoires d'hôpital et de ville d'une part, et, d'autre part, disposer d'observations s'étendant sur une période plus longue que ne le faisaient celles que nous avons relevées à l'hôpital.

Ayant ainsi étudié successivement les résultats opératoires dans le glaucome aigu, le glaucome chronique et le glaucome secondaire, nous avons terminé en groupant un certain nombre d'observations rela-

tives au traitement médical du glaucome (glaucomeux non opérés, glaucomeux bilatéraux opérés d'un seul côté, glaucomeux suivis avant et après l'opération) et cherché si nous pouvions tirer de leur comparaison, qualitative et non quantitative, avec les précédentes quelques déductions quant aux indications thérapeutiques du glaucome chronique.

Cyclodialyse et Iridencleisis

Avant d'aborder ces différents chapitres nous désirons dire un mot d'opérations antiglaucomeuses fort en honneur dans certains pays et que l'on ne réalise que rarement en France. Nous voulons parler surtout de la cyclodialyse et de l'iridencleisis. On n'a jamais pratiqué la seconde chez les malades dont nous avons réuni les observations, aussi n'en parlerons-nous pas dans le cours de ce travail. Pour la cyclodialyse elle n'a été exécutée que rarement chez ces mêmes malades et, semble-t-il, sans grand succès ; mais le petit nombre d'observations que nous en avons réuni ne nous autorise pas à le juger sur ces résultats. Nous ne voudrions pas, en effet, renouveler l'erreur commise, nous semble-t-il, par SCHURHOFF qui, dans un article publié en 1919, condamne la sclérectomie sur 3 observations malheureuses (2 énucléations et 1 mauvais résultat visuel sur les 3 seules sclérecto-iridectomies qu'il ait faites) s'opposant à 414 observations favorables d'iridencleisis ou de cyclodialyses.

En se reportant aux statistiques publiées par les auteurs (surtout Scandinaves ou Allemands), il est

d'ailleurs assez difficile de se faire une opinion sur ces 2 interventions.

Pour l'iridencleisis (qui semble si illogique et dangereuse par son principe même à la majorité des auteurs français), HOLTH donne 85 % de bons résultats relativement à la tension, PILLAT 88 % de bons résultats visuels dans le glaucome chronique et 91 % dans le glaucome aigu, BLAICKNER fournit des chiffres analogues, mais le plus souvent les précisions manquent quant à la durée d'observation et à la définition des bons résultats. Plus intéressante pour nous, parce que comparative, est la statistique de LOFGREN qui, comparant les résultats éloignés des iridencleisis et sclérectomies faites de 1907 à 1920 à la clinique d'Helsingfors, trouve une différence du double au simple en faveur de la sclérectomie (88 % de bons résultats visuels contre 40 % pour l'iridencleisis).

Pour la cyclodialyse l'ensemble des statistiques semble montrer un minimum de danger ou d'incidents opératoires, mais les résultats éloignés ne semblent pas excellents. MANOLESCO donne 40 % seulement de bons résultats visuels et tensionnels dans le glaucome chronique au bout de quelques mois ; et si MRÁZOVÁ, sur l'expérience de la clinique de Prague durant 10 ans, conclut à une égale valeur de la cyclodialyse et de la trépanation, GROSZ, par contre, comparant 2 périodes décennales durant lesquelles ont été effectuées respectivement 570 trépanations et 540 cyclodialyses relève une nette supériorité de l'opération d'ELLIOT en ce qui concerne les résultats tardifs.

On voit qu'il est assez difficile de se faire, de loin, une opinion sur ces interventions et, ces quelques chiffres cités à titre indicatif, nous nous abstiendrons de tout essai de jugement comparatif.

GLAUCOME AIGU

Dans le glaucome aigu l'indication opératoire est unanimement reconnue comme impérieuse (tout au moins lorsqu'en 12 à 24 heures le traitement médical énergique n'a pas amendé tous les symptômes). Les points intéressants à préciser sont le pronostic éloigné de ces opérations et ses rapports avec leur précocité d'une part, et, d'autre part, la valeur comparative de l'iridectomie, « opération du glaucome aigu » et de la sclérecto-iridectomie que certains ont voulu lui substituer.

MORAX et FOURRIÈRE, étudiant, en 1914, le pronostic du glaucome aigu, relevaient sur 17 cas opérés suivis pendant plus de 2 ans, 12 bons résultats visuels et insistaient sur la nécessité d'opérer précocement la crise de glaucome aigu : dans les observations de ces auteurs les acuités finales de 1 ne se rencontrent que dans les cas opérés dans les trois premiers jours, les acuités finales au-dessous de 0,1 seulement dans les cas opérés après le troisième jour.

Par ailleurs les auteurs concluaient à une égale valeur de l'iridectomie et de la sclérecto-iridectomie (par trépanation ou résection) quant aux résultats visuels et tensionnels. De même, ROCHON-DUVIGNEAUD

et BESNARD ont trouvé que la sclérecto-iridectomie dans le glaucome aigu n'amenait qu'exceptionnellement la fistulisation et ne montrait aucune supériorité sur l'iridectomie. DUVERGER, par contre, est d'avis de faire systématiquement l'opération de LAGRANGE dans le glaucome aigu (pour cet auteur l'iridectomie n'agirait que par la sclérotomie associée, moins efficace que la sclérectomie).

Personnellement, nous avons relevé 43 glaucomes aigus opérés (sur 34 malades) parmi nos 196 observations. L'iridectomie a été pratiquée 37 fois, la sclérecto-iridectomie 6 fois (2 trépanations et 4 résections).

Résultats du point de vue de la tension

Quatre fois seulement (obs. : 2, 5, 28, 32), la tension est restée élevée après l'intervention, il s'agissait deux fois d'une sclérecto-iridectomie selon ELLIOT et deux fois d'une iridectomie : les quatre fois la vision était nulle, trois fois la tension est restée élevée et l'était encore lors de notre examen (une fois malgré une sclérotomie postérieure) mais sans douleurs, une fois on a dû énucléer l'œil 8 mois après l'iridectomie pour douleurs persistantes.

Dans un autre cas la tension, après être revenue à la normale avec une acuité de 0,5, s'est élevée de nouveau 16 mois après l'iridectomie : on a pratiqué la sclérecto-iridectomie selon LAGRANGE, qui a amené un abaissement définitif de la tension.

Résultats visuels

Il faut tenir compte, dans l'appréciation de ceux-ci, du fait que les indications portées sur les observations sont souvent succinctes ; fréquemment la vision préopératoire (perception lumineuse conservée ou perdue) n'est pas mentionnée et certains cas étiquetés glaucome aigu sont, sans doute, des glaucomes chroniques ou absolus en poussée. Quoiqu'il en soit, sur nos 43 cas de glaucome aigu nous trouvons, après 2 à 9 ans :

28 fois, une acuité égale ou supérieure à 0,1 (dont 13 fois une acuité égale ou supérieure à 0,5) ;

8 fois, une acuité variant de la perception lumineuse au dénombrement des doigts à 1 mètre ;

6 fois, une acuité nulle ;

1 fois, un œil énucléé.

Si nous tentons de classer les résultats en ayant égard au laps de temps qui s'est écoulé entre le début de la crise et l'intervention (lorsqu'il figure sur l'observation), nous voyons qu'indiscutablement ce sont les interventions précoces qui ont laissé les meilleures acuités, ceci avec une réserve pour quelques cas où l'opération tardive a donné une acuité finale chiffrable, mais où le malade avait été soumis, durant l'intervalle préopératoire, à un traitement médical énergique. Par contre, dans le groupe des acuités inférieures à un dixième ne figurent que des malades opérés après le 12^e jour.

Enfin, il nous paraît intéressant de signaler que

sept fois après ces interventions pour glaucome aigu sont survenues des modifications cristalliniennes :

Trois fois on a pratiqué l'extraction du cristallin opacifié ; dans deux de ces cas (obs. 1, 29), il s'agissait d'yeux alors sans vision chiffrable (2 mois après une iridectomie et 6 mois après une opération de LA-GRANGE) et dont l'acuité, lors de notre examen, était toujours réduite à la perception lumineuse pour l'un et à la numération des doigts à 1 mètre pour l'autre (membranule épaisse), dans le troisième cas (obs. 11), l'extraction fut pratiquée quatre ans après l'iridectomie anti-glaucomeuse et l'acuité, quand nous avons revu le malade, était de 0,6.

Par ailleurs, chez trois de nos malades (obs. 8, 48, 21 ODG), une sclérose cristallinienne nette abaissait notablement l'acuité lors de notre examen.

Technique employée et résultats

Nous ne pouvons établir de comparaison numérique entre les résultats de l'iridectomie simple ou associée à la sclérectomie étant donné le petit nombre de sclérecto-iridectomies exécutées chez nos malades. Cependant, il nous paraît intéressant et même concluant de constater les faits suivants :

— Jamais nous n'avons rencontré de cicatrices bulleuses chez les malades sclérectomisés pour glaucome aigu.

— La sclérectomie secondaire n'a été nécessaire qu'une fois après les 37 iridectomies antiglaucomeuses réalisées sur nos malades.

— Parmi les 5 malades ayant présenté de l'hypertension post-opératoire figurent 2 opérés par sclérecto-iridectomie.

Il nous semble donc que l'addition systématique de la sclérectomie à l'iridectomie ne se justifie pas dans le traitement de la crise de glaucome aigu.

GLAUCOME CHRONIQUE PRIMITIF

Ce chapitre est, nous l'avons dit, celui qui nous a paru le plus important par le nombre des observations qui s'y rapportent et par l'intérêt des problèmes que pose le traitement de ces formes de glaucome. La connaissance des résultats opératoires éloignés et ceci dans les différentes modalités et aux différents stades de l'affection contribue à en préciser les indications thérapeutiques. Nous reviendrons plus loin sur la comparaison des traitements chirurgicaux et médicaux pour ne nous occuper ici que des résultats opératoires.

Iridectomie et Sclérectomie

Avant la découverte de LAGRANGE on en était réduit à l'iridectomie et aux sclérotomies, le plus souvent inefficaces dans le glaucome chronique. DE GRAEFE lui-même avait déjà montré que les résultats favorables de l'iridectomie, si nombreux dans le glaucome aigu, tombaient à 50 % des cas dans le glaucome chronique et à 20 % seulement dans le glaucome chronique simple. LAGRANGE, au Congrès International de Médecine de Londres, en 1913, rapportait les statistiques d'iridectomie de nombreux

auteurs comportant toutes les mêmes conclusions. MORAX et FOURRIÈRE, en 1914, dans leur étude du traitement chirurgical du glaucome chronique trouvent, sur 5 cas iridectomisés, un retour rapide de la tension dans 3 cas, les 2 autres iridectomies ayant précisément amené un pincement irien avec cicatrice cystoïde. ROCHON-DUVIGNEAUD et BESNARD rapportent, à ce propos, une observation fort intéressante, il s'agit d'un malade qui présentait, des 2 côtés, une acuité de $1/4$ avec, à droite, une tension à 30 et un champ visuel rétréci et, à gauche, une tension à 32 et un champ visuel encore plus rétréci, on lui fit, à droite, une iridectomie et, à gauche, une sclérecto-iridectomie; six mois après l'œil droit avait une acuité de $1/50$ avec une tension à 30 alors que l'œil gauche, primitivement le plus atteint, gardait une acuité de $1/5$ ayant, grâce à une cicatrice filtrante, une tension de 18. De même, PESME et PARINAUD concluent que l'oulectomie, deuxième temps de l'iridectomie antiglaucomateuse, est nécessaire une fois seulement sur 5 dans le glaucome aigu alors qu'elle l'est dans les $3/4$ de cas de glaucome chronique.

Ceci nous semble concluant (et nous en trouverons confirmation dans l'étude, parmi nos observations, de quelques cas de glaucome chronique qui ne furent qu'iridectomisés) et suffisant pour donner tort aux auteurs qui affirment encore que, dans la sclérecto-iridectomie, la sclérectomie est inutile et l'iridectomie seule agissante. D'ailleurs ils sont la minorité comme le montre la multitude de statistiques de sclé-

recto-iridectomies publiées depuis la découverte de LAGRANGE dont nous allons maintenant rapidement analyser les conclusions.

LAGRANGE, en 1913, publie une statistique de 104 cas suivis pendant 1 à 9 ans, dans tous les cas la tension fut réduite, dans 89 cas les résultats visuels furent bons (dans les 15 cas défavorables figurent 8 cataractes tardives dont 4 pourtant opérées avec succès, dans un seul cas la vision baissa immédiatement après l'opération). Sur ces 104 cas l'auteur a pratiqué :

54 fois, la sclérecto-iridectomie,

19 fois, la sclérectomie avec boutonnière irienne périphérique,

31 fois, la sclérectomie simple (possible dans les cas à tension peu élevée à iris fixé),

et ceci avec un pourcentage de succès à peu près identique dans les 3 catégories (ce qui semble difficilement conciliable avec l'opinion que nous citons plus tôt, à savoir que l'iridectomie serait tout et la sclérectomie rien). De même les résultats sont sensiblement équivalents :

Dans le glaucome chronique, 51 succès sur 59

et dans le glaucome simple, 38 succès sur 45,

ce que l'auteur oppose aux résultats de l'iridectomie dans les deux mêmes catégories.

ELLIOT rapporte une statistique de sclérecto-iridectomies par trépanation, portant sur 203 malades, à peu près comparable mais la valeur s'en trouve considérablement diminuée du fait que la moitié des malades n'ont été suivis que de 1 à 6 mois.

MORAX et FOURRIÈRE, dans une première statistique, relèvent 39 tensions normalisées sur 45 sclérecto-iridectomies tonométrées et 20 bons résultats visuels suivis pendant plus d'un an. Dans une seconde étude, parue en 1921, et portant sur 96 sclérecto-iridectomies suivies pendant plus de 2 ans, 7 fois seulement la tension restait élevée après l'opération et, mis à part 13 cas de glaucome absolu, sur les 83 cas restants, les résultats visuels, après 2 ans, étaient 63 fois bons et 7 fois ils étaient passables. M. le Docteur MORAX, examinant les résultats de la sclérecto-iridectomie dans sa pratique privée, note 25 cas favorables sur 32 suivis pendant plus de 2 ans; il n'établit aucune différence, lui non plus, entre les résultats visuels ou tensionnels de la sclérectomie avec iridectomie totale ou périphérique. Nous arrêterons là cette énumération de statistiques, nous réservant de revenir, à propos de quelques points particuliers, sur celles que nous venons de mentionner et sur quelques-unes des innombrables autres qui ont paru dans ces 20 dernières années.

Parmi les observations que nous publions à la fin de ce travail figurent 144 yeux atteints de glaucome chronique. C'est d'après ces cas que nous allons étudier la tension postopératoire, la cicatrisation de la sclérectomie et les résultats fonctionnels des opérations pratiquées. Celles-ci furent :

29 fois, la sclérecto-iridectomie selon LAGRANGE,
89 fois, la sclérecto-iridectomie selon ELLIOT,

7 fois, la sclérecto iridectomie selon HOLTZ,
1 fois, une sclérecto-iridectomie dont la nature n'est
pas précisée,
12 fois, l'iridectomie,
6 fois, la cyclodialyse.

On pratiqua un certain nombre de fois des opérations itératives par suite du maintien de la tension à un chiffre supérieur à la normale.

Résultats tensionnels

Sur ces 144 cas la tension revint à la normale et y demeura 114 fois (dont 7 fois grâce à une sclérecto-iridectomie secondaire), 25 fois (dont 2 fois malgré une deuxième intervention), la tension resta élevée sans entraîner de douleurs vives. Enfin, 5 fois, on dut pratiquer secondairement l'énucléation (3 fois pour douleurs persistantes et 2 fois pour infection tardive après sclérecto-iridectomie).

Ainsi, globalement, la tension est restée élevée 25 fois sur 144 opérations antiglaucomateuses pratiquées. Il nous paraît intéressant de préciser la nature de ces cas en fonction de l'état du globe au moment de l'opération d'une part, et du mode opératoire employé d'autre part.

Parmi nos glaucomes chroniques et en nous fixant au moment de l'opération :

12 avaient une vision nulle,
52 avaient une vision inférieure à 0,1,
80 avaient une vision supérieure à 0,1.

Dans la première catégorie, sur 12, 3 ont gardé une tension élevée après l'intervention.

Dans la seconde, sur 52 : 11, et dans la troisième, sur 80 : 11. On voit donc que plus l'acuité est basse au moment de l'intervention ou que, autrement dit, plus on intervient tard, plus on a de chances de voir la tension résister à l'acte opératoire (sensiblement 1 fois sur 4, 1 fois sur 5, 1 fois sur 8 dans nos trois catégories).

Si nous voulons maintenant classer les cas à tension rebelle par rapport aux interventions qui y furent pratiquées, nous notons que :

— Sur 126 sclérecto-iridectomies la tension resta élevée 17 fois et que, 3 fois, il fallut une nouvelle opération pour la normaliser.

— Sur 12 iridectomies la tension resta élevée 5 fois et 2 fois il fallut une sclérecto-iridectomie secondaire pour la normaliser.

— Sur 6 cyclodialyses la tension resta élevée 2 fois et 2 autres fois il fallut une sclérecto-iridectomie secondaire pour la normaliser.

Soient :

20 insuccès tensionnels pour 133 sclérecto-iridectomies (en y comprenant les opérations secondaires),

7 insuccès tensionnels pour 12 iridectomies,

4 insuccès tensionnels pour 6 cyclodialyses.

Nature des cicatrices après sclérecto-iridectomies et ses rapports avec la tension

En classant les cicatrices, comme nous l'avons dit

plus haut, nous avons relevé, consécutivement aux 126 sclérectomies pratiquées, 65 cicatrices bulleuses ; dans tous les autres cas, la cicatrice était plate ou invisible. La répartition des cicatrices bulleuses entre les différentes techniques de sclérecto-iridectomie est sensiblement proportionnelle au nombre de fois où chacune d'elles fut exécutée.

Parmi tous les cas où la tension resta élevée après l'intervention nous n'en avons pas relevé un seul coïncidant avec l'existence d'une cicatrice bulleuse (certains auteurs ont, exceptionnellement d'ailleurs, signalé la coexistence d'une hypertension persistante et d'une cicatrice d'aspect cystoïde). Mais parmi les 109 cas où la tension fut ramenée à la normale ou au-dessous de la normale, on rencontre des cicatrices plates ou invisibles, aussi bien que bulleuses. Schématiquement, et d'après nos observations tout au moins, l'obtention d'une cicatrice bulleuse est une condition suffisante, mais non point nécessaire à celle d'un bon résultat tensionnel.

Résultats visuels

Mis à part les 12 cas de glaucome absolu, nous étudierons séparément ces résultats sur les 52 cas de glaucome à vision initiale inférieure à 0,1 et sur les 80 cas où la vision était supérieure à 0,1. C'est sur ces derniers que nous nous étendrons le plus longuement en tentant de préciser les rapports entre les résultats visuels d'une part, et, d'autre part, la tension, la na-

ture de la cicatrice, l'opération pratiquée et l'état fonctionnel de l'œil au moment de l'intervention.

Sur les 52 yeux dont l'acuité visuelle au moment de l'intervention était inférieure à 0,1, 15 perdirent complètement ce qui leur restait de vision, 31 gardaient, au moment de notre examen, une acuité comprise entre la perception lumineuse et 3/50, enfin 6 ont vu leur vision s'améliorer et devenir égale ou supérieure à 0,1 ; dans ces 6 cas, il s'agissait 3 fois de poussées subaigues au cours du glaucome chronique et l'acuité visuelle y est respectivement passée du dénombrement des doigts à 0 m. 50 à 0,1 et de la perception lumineuse à 0,5 et à 0,6, dans les 3 autres cas, l'acuité finale est 1 fois de 0,2 et 2 fois de 0,1.

L'étude des résultats visuels chez les malades opérés alors que l'acuité visuelle était encore supérieure à 0,1 est nettement plus instructive. Nous avons pu classer, comme il suit, les 80 yeux qui entrent dans ce groupe :

1^o Sept fois, l'acuité finale est supérieure à l'acuité initiale, l'amélioration constatée variant de 0,1 à 0,4.

2^o Vingt-deux fois, l'acuité est restée stationnaire (cec', comme pour toutes nos observations, pour une période s'étendant de 2 à 9 ans).

3^o Dix-sept fois, l'acuité finale (tout en restant supérieure à 0,1) marque, par rapport à l'acuité initiale, une baisse de 1 à 2 dixièmes.

4^o Dix-huit fois, cette baisse varie de 3 à 8

dixièmes (l'acuité finale étant toujours supérieure à 0,1).

5^o Seize fois enfin, l'acuité est tombée à moins de 0,1 (à la suite d'une baisse variant avec sa valeur initiale).

Ce classement est évidemment arbitraire et on peut, comme à tous les classements, lui faire un certain nombre de reproches. Cependant, il permet déjà de reconnaître, parmi nos 80 cas, 29 très bons résultats; d'autre part, en étudiant de plus près les observations de notre 4^e groupe, nous y relevons 5 cas où la vision n'a baissé que de 3 à 4 dixièmes, laissant une acuité utile au malade et 5 autres où la vision, d'abord stationnaire, n'a baissé que secondairement sous l'influence d'une sclérose cristallinienne entraînant une myopie progressive. Ces dix cas, joints à ceux du troisième groupe, nous semblent constituer des résultats assez bons, ce qui nous permettrait de reconnaître parmi nos 80 cas :

29 très bons résultats,

27 assez bons résultats,

24 mauvais résultats.

Nous allons revenir immédiatement sur ces résultats pour les préciser, mais nous voulons dire tout de suite que, dans les observations des mauvais cas, nous n'avons trouvé qu'une fois la mention d'une chute brusque de l'acuité après l'opération : il s'agit d'un malade (obs. 49) qui, ayant une acuité de 10/10 et un champ visuel normal, vit, après une sclérectomie selon LAGRANGE pratiquée sans incidents,

son acuité tomber à 2/10 et y rester malgré une tension ramenée définitivement à 12.

Résultat visuel et tension

Nous avons vu, au début de ce chapitre, que LAGRANGE, dans sa statistique de sclérecto-iridectomie, relève un pourcentage égal de succès dans les glaucomes à hypertension forte ou faible. Pour certains, cependant, les résultats opératoires seraient moins bons dans les glaucomes où l'hypertension est peu marquée (tension de 25 à 30). Nous avons tenté de vérifier le fait en utilisant les observations où la tension préopératoire est donnée numériquement et avons trouvé un égal pourcentage de tensions très élevées ou peu élevées dans les groupes de bons, assez bons ou mauvais résultats.

Si maintenant nous étudions la valeur des résultats en fonction de la tension finale, nous voyons que dans aucun des très bons résultats la tension, lors de notre examen, n'était au-dessus de 25, au contraire, dans 9 des 24 mauvais résultats visuels la tension dépassait 30.

Ainsi la normalisation de la tension est tout au moins nécessaire, sinon suffisante, à l'obtention d'un bon résultat visuel.

Résultat visuel et cicatrice

Nous n'avons pas retrouvé, entre la qualité du résultat visuel et la nature de la cicatrice, de rapports plus étroits qu'entre celle-ci et la tension finale.

Cicatrices bulleuses, plates et invisibles se retrouvent dans nos différents groupes en proportions sensiblement égales.

Résultat visuel et opération pratiquée

Dans les 80 cas qui nous intéressent ici ont été pratiquées :

- 45 fois, la sclérecto-iridectomie selon ELLIOT,
- 19 fois, la sclérecto-iridectomie selon LAGRANGE,
- 5 fois, la sclérecto iridectomie selon HOLTH,
- 1 fois, une sclérecto-iridectomie de technique non précisée,
- 6 fois, la cyclodialyse,
- 4 fois, l'iridectomie.

Seules parmi ces interventions, les sclérecto-iridectomies selon ELLIOT et LAGRANGE nous paraissent avoir été réalisées un assez grand nombre de fois pour que la comparaison de leurs résultats visuels ait quelque valeur (nous avons d'ailleurs vu plus haut la forte proportion des tensions restées élevées ou des réinterventions nécessaires après iridectomie ou cyclodialyse). Quelques chiffres préciseront l'égale valeur des résultats visuels après trépanation ou résection.

Parmi les bons résultats nous relevons :

- 17 opérations, selon ELLIOT,
- 8 opérations, selon LAGRANGE.

Parmi les mauvais résultats nous relevons :

- 14 opérations, selon ELLIOT,
- 5 opérations, selon LAGRANGE.

Le rapport est sensiblement le même entre ces chiffres qu'entre le nombre global de fois où l'une et l'autre de ces deux interventions ont été pratiquées.

Résultats visuels et état fonctionnel de l'œil au moment de l'intervention

Il nous a paru intéressant d'envisager la question de ce point de vue et ceci pour deux raisons. La première est que beaucoup d'ophtalmologistes, par crainte de la sclérecto-iridectomie, en reculent souvent la date, bien que le traitement médical soit devenu impuissant à empêcher l'atteinte des fonctions visuelles, et qu'il est utile de chercher si cette temporisation est ou n'est pas dangereuse. D'autre part, nombreux aussi sont ceux qui, en présence d'un œil profondément atteint par le glaucome (acuité très diminuée, champ visuel affleurant le point de fixation) proscrivent formellement l'intervention qui pourrait, à leurs yeux, causer la brusque disparition du peu de vision restante. C'est pour tenter de juger ces deux attitudes que nous allons chercher, en nous appuyant sur les statistiques déjà publiées et sur nos propres observations, à répondre aux deux questions suivantes :

1^o Les résultats opératoires sont-ils meilleurs quand les fonctions visuelles sont intactes que lorsqu'elles sont déjà profondément perturbées ?

2^o En présence de glaucomes avancés l'opération peut-elle être la cause de brusques chutes de vision ?

1^o LES RÉSULTATS SONT-ILS MEILLEURS QUAND LES FONCTIONS VISUELLES SONT INTACTES QUE LORSQU'ELLES SONT DÉJÀ PROFONDÉMENT PERTURBÉES ?

Un certain nombre d'auteurs ont déjà insisté sur la différence de pronostic visuel des interventions pratiquées précocement ou tardivement. ROCHON-DUVIGNEAUD et BESNARD séparent les cas où la vision est inférieure à $1/3$, le champ visuel très rétréci, l'atrophie optique avec excavation avancée et dans lesquels, malgré une cicatrice et une tension favorable, la vision continue à baisser après l'opération, de ceux où la vision et le champ visuel sont peu ou pas atteints, la papille à peine excavée et dans lesquels la baisse postopératoire de l'acuité est exceptionnelle. De même, DUVERGER, étudiant l'opération de LAGRANGE dans le glaucome, trouve les résultats moins favorables lorsque l'intervention est pratiquée sur un œil dont l'acuité est inférieure à $3/10$ que lorsqu'elle a pu être pratiquée plus tôt. Enfin, tout dernièrement, ONFRAY, ABELOOS et SUYS, étudiant 25 observations de sclérecto-iridectomies anciennes arrivent à la même conclusion.

D'ailleurs, même sans statistiques à l'appui, on peut, très logiquement, conclure à la nécessité d'opérations précoces. Nous avons vu que l'amélioration de l'acuité après l'opération est exceptionnelle ; on ne peut guère, dans la règle, souhaiter mieux que conserver ce qui reste de vision, autant donc opérer quand il en reste beaucoup. En outre, nous avons vu que des chutes de 1 ou 2 dixièmes étaient fréquentes

dans les années qui suivent l'opération : le malade qui voit passer sa vision de 10 à 8 dixièmes est évidemment moins gêné de ce fait que celui qui, ayant eu au départ deux dixièmes d'acuité, ne peut plus que compter les doigts à 1 mètre.

Du point de vue statistique le premier entre, et à juste titre, dans les cas assez bons, le second, dans les très mauvais.

Si enfin nous nous plaçons dans le domaine plus précis de nos observations, nous allons encore trouver confirmation de la nécessité d'une intervention précoce, en considérant les acuités pré-opératoires des malades présentant une acuité stationnaire ou améliorée d'une part et, d'autre part, une acuité tombée au-dessous de 0,1.

Dans le premier groupe (acuité stationnaire ou améliorée), nous trouvons au départ :

16 fois, l'acuité supérieure à 0,4 ;

13 fois, l'acuité inférieure ou égale à 0,4.

Dans le deuxième groupe (acuité tombée à moins de 0,1), nous trouvons au départ :

5 fois, l'acuité supérieure à 0,4 ;

11 fois, l'acuité inférieure ou égale à 0,4.

Cette inégalité déjà fort apparente, est rendue plus réelle encore par l'étude des observations du deuxième groupe.

Sur les 5 cas où l'acuité est passée de plus de 0,4 à moins de 0,1 :

2 fois, les malades présentant 6 mois après l'intervention une acuité satisfaisante, mais une légère hy-

pertension ont, l'un refusé une sclérectomie (on lui avait fait une iridectomie), l'autre cessé de venir à la consultation (tous deux, lorsque nous les avons revus, présentaient une hypertension nette) (obs. 193.65).

2 fois, la tension est restée élevée malgré la sclérecto-iridectomie (obs. 57.64 OD).

1 fois seulement, la vision a baissé de 0,7 à 0 malgré un bon résultat opératoire et une tension normalisée (signalons que, dans ce cas un fort rétrécissement du champ visuel existait avant l'intervention) (obs. 64 OG).

Sur les 11 cas d'acuités inférieures à 0,4 passées à moins de 0,1 :

— 1 seule fois, la baisse de l'acuité est due à une panophtalmie survenue 6 ans 1/2 après trépanation sclérale (obs. 117).

— Dans les 10 autres cas, la baisse de l'acuité a coïncidé avec un bon résultat opératoire et une tension normale, nettement abaissée même pour 5 d'entre eux.

En résumé, l'on voit tout l'intérêt qu'il y a à opérer tôt, au premier signe d'impuissance du traitement médical puisque :

1^o On ne peut guère prétendre à mieux qu'à conserver l'état préopératoire.

2^o L'amélioration (rare) où la conservation intégrale de l'acuité est d'autant plus fréquente que celle-ci est meilleure au moment de l'intervention.

3^o Si, comme cela est fréquent, le malade voit, dans les années suivantes sa vue baisser de quelques

dixièmes, son sort est tout différent selon qu'il a été opéré tôt ou tard.

4^o Et ceci légitime ce que nous venons de dire, nous n'avons retrouvé, dans aucune de nos observations (hormis une où elle resta inexpliquée), de baisse brusque postopératoire de l'acuité.

2^o EN PRÉSENCE DE GLAUCOMES AVANCÉS L'OPÉRATION PEUT-ELLE ÊTRE LA CAUSE DE BRUSQUES CHUTES DE VISION ?

Doit-on déduire de ce que nous venons de dire, d'accord en cela avec beaucoup d'ophtalmologistes, que l'on ne doit pas opérer les glaucomes avec mauvaise acuité ou champ visuel très rétréci ? Seule la comparaison de l'évolution de glaucomes arrivés à un stade avancé et soumis à ce stade à un traitement chirurgical ou médical permettrait de répondre à cette question avec une certitude absolue. Cependant, nous tenons à préciser ici que ce n'est que par comparaison avec celle des glaucomes opérés tôt que l'évolution des yeux opérés quand ils avaient moins de 0,4 apparaîtrait comme fâcheuse.

Il ne faut pas oublier que, dans notre statistique, parmi les cas où l'acuité demeura inchangée ou améliorée durant 2 à 9 ans après l'opération, figurent 13 yeux dont l'acuité préopératoire était égale ou inférieure à 0,4. D'autre part, parmi les 41 dont la vision tomba à moins de 0,1, aucun ne marqua, après l'intervention, de baisse rapide de l'acuité qui puisse être mise au compte de celle-ci.

Par ailleurs, nous avons réuni parmi nos observations, 21 cas où l'acuité initiale varie de 0,1 à 0,7, mais où les champs visuels sont rétrécis (rétrécissements concentriques ou encoches, le plus souvent nasales : en tous cas, dans toutes ces observations, le tracé passe à moins de 15° du point de fixation qu'il affleure véritablement dans certaines).

Parmi ces 21 cas :

8 fois, l'acuité est demeurée stationnaire ou en progrès.

9 fois, elle a baissé de 1 à 4 dixièmes tout en restant supérieure ou égale à 0,1.

4 fois enfin, l'acuité est devenue inférieure à 0,1 (acuités initiales de 0,4, 0,2, 0,1, 0,1).

Parmi ces 4 derniers cas, nous n'avons, dans l'un, aucun renseignement sur l'état de la vision entre le jour de l'opération et celui où nous l'avons revu, mais dans les 3 autres la vision était restée sensiblement ce qu'elle était avant l'opération, dans un cas 1 mois, dans l'autre 6 mois et dans le troisième 2 ans après l'intervention. On voit donc que, là encore, aucune baisse visuelle ne peut ni par ses caractères ni par le moment de son apparition, être imputée à l'acte opératoire.

Infections tardives et opérations fistulisantes

Bien que ni LAGRANGE ni ELLIOT n'en aient rencontré dans les observations qui constituent leurs premières statistiques, la possibilité d'infections, souvent graves, survenant sur des yeux fistulisés longtemps

après l'opération fistulisante, est bien connue. C'est une complication dont il importe de préciser la fréquence relative et les conditions d'apparition étant donné qu'elle constitue une cause de baisse de l'acuité (ou même de perte de l'œil) indéniablement en rapport, celle-là, avec l'acte opératoire.

Les cas rapportés en sont fort nombreux, nous en citerons ici quelques-uns parmi ceux qui, publiés au cours d'une statistique opératoire, permettent de se faire une opinion sur la fréquence de cette complication. MELLER rapporte 5 cas d'infection tardive après 307 sclérecto-iridectomies selon LAGRANGE et trouve un pourcentage un peu plus fort (1,7 % contre 1,5 %) après trépanation d'ELLIOT. ROCHON-DUVIGNEAUD et BESNARD en notent un cas sur 150 sclérectomies ; HEGNER, par contre, 6 cas sur 92 ; GROSZ en rapporte 2 cas dans une statistique de 401 trépanations selon ELLIOT, et HAGEN, 3 cas après 500 sclérecto-iridectomies selon HOLTH. M. le docteur MORAX, reprenant, il y a quelques années, la question, relevait, sur 250 interventions pratiquées dans sa clientèle, 2 cas d'infection tardive après trépanation sclérale (ces 2 cas guérirent d'ailleurs et l'un est tout particulièrement intéressant puisqu'il a permis à l'auteur de saisir le processus à son début, alors que n'existait qu'une très faible réaction irienne avec une ulcération conjonctivale au niveau de la bulle) ; sur 1.000 cas opérés à l'hôpital le même auteur relevait 6 infections tardives (3 après trépanation sclérale, 2 après résection et 1 après iridectomie simple). L'évolution de ces

infections, dans les cas où elle est signalée, a été fort variable; tantôt il a fallu énucléer l'œil ou bien celui-ci s'est atrophié, tantôt il n'est resté qu'une diminution de l'acuité, tantôt même celle-ci est demeurée intacte. Dans certains de ces derniers cas, à la suite de l'infection, la tension est remontée et on a dû refaire une sclérectomie, dans d'autres, au contraire, tout est revenu à l'état antérieur. La fréquence de cette complication varie selon les statistiques de 1/2 à 2 % environ, sa date d'apparition de quelques mois à plusieurs années après l'opération.

Par contre, il est plus difficile de se faire, d'après les nombreux cas publiés, une opinion sur la fréquence comparée de l'infection tardive après les différentes techniques de sclérectomie. A première lecture des nombreux cas publiés on est frappé par l'énorme proportion de trépanations qu'ils concernent. Pour certains auteurs, la trépanation selon ELLIOT, par suite du mode de dissection du lambeau et de la fragilité qui en résulte pour lui, prédisposerait, en effet, plus que la sclérecto-iridectomie selon LAGRANGE à l'infection tardive (DUPUY-DUTEMPS, pour remédier à ce défaut de la trépanation, a proposée la dissection du lambeau à partir du limbe et son abaissement final devant la brèche sclérale au moyen de 2 fils). Pour d'autres, au contraire (MORAX en particulier), cette apparente disproportion (PLOMAN sur 60 cas d'infection tardive trouvés dans la littérature, relève 46 trépanations et 14 résections) serait uniquement due au fait que l'on pratique plus la technique d'ELLIOT que

celle de LAGRANGE (la seule statistique comparative que nous ayons trouvée, celle de MELLER, mentionnée plus haut, semble entraîner à cette opinion par des pourcentages presque égaux : 1,7 % pour la trépanation et 1,5 % pour la résection).

Quoiqu'il en soit, parmi nos observations nous avons relevé 5 cas d'infection tardive sur 126 sclérecto-iridectomies pratiquées. Ce pourcentage élevé tient peut être au fait que nous y faisons figurer 2 cas légers : une iritis hypertensive qui guérit par le traitement médical associé à une iridectomie et ne laisse qu'une diminution de l'acuité (0,5 à 0,2) et une iritis à hypopion qui guérit par le traitement médical. Ces 2 cas survinrent respectivement 10 mois et 6 mois après une trépanation et une résection sclérales. Dans chacun des 3 autres cas ce fut une iridocyclite à hypopion sévère qui survint 1 an, 2 ans et 6 ans après une opération d'ELLIOT, 2 fois il fallut énucléer l'œil qui, dans le troisième cas, demeura mou et atrophique. Dans ces 3 cas l'acuité initiale était 2 fois inférieure et une fois égale à 0,1.

En résumé, nous voyons que sur 136 sclérecto-iridectomies pratiquées et suivies de 2 à 9 ans, nous avons relevé 5 cas d'infection tardive (3 graves et 2 curables) dont 4 se sont produits après trépanation selon ELLIOT et 1 (curable) après opération selon LAGRANGE, alors que l'on a pratiqué, dans le total des interventions, 89 sclérecto-iridectomies par trépana-

tion et 29 sclérecto-iridectomies selon LAGRANGE. Notre statistique ne porte cependant pas sur assez de cas pour qu'il nous semble possible de tenir compte du pourcentage légèrement supérieur qu'elle révèle au passif de l'ELLIOT en ce qui concerne les infections tardives.

GLAUCOMES CHRONIQUES OPÉRÉS EN CLIENTÈLE DE VILLE

Il nous a paru intéressant de demander à deux¹ de nos maîtres de bien vouloir nous communiquer quelques observations prises au hasard parmi celles de leurs opérés de glaucome chronique. Nous disposons ainsi d'observations concernant 63 yeux opérés pour glaucome chronique par sclérecto-iridectomie. Tous les malades ont été suivis pendant au moins 2 ans après l'opération, certains l'ont été pendant 18 ans.

Si nous envisageons les résultats globalement et si nous les classons (en suivant les mêmes règles que nos 80 cas d'hôpital), nous trouvons :

33 très bons résultats,

19 assez bons résultats,

11 mauvais résultats (dans le groupe figure le seul cas où la tension ne fut pas normalisée).

Les résultats sont nettement plus favorables que ceux de nos malades d'hôpital qui, sur 80 cas, se classaient, nous le rappelons, en :

29 très bons résultats,

27 assez bons résultats,

24 mauvais résultats.

De plus, cet avantage apparent est rendu plus réel encore par la différence de durée d'observation, plus longue pour les malades de ville (2 à 18 ans) que pour ceux d'hôpital (2 à 9 ans). En effet, dans la statistique de ce chapitre, certains cas monteraient d'une catégorie si l'on prenait en considération l'acuité visuelle qui existait encore 9 ans après l'observation et qui a baissé dans les années suivantes. Il est cependant, [empressons-nous de le dire, des cas où l'acuité se maintient excellente pendant les plus longues périodes d'observation. Voici le résumé de quelques-unes d'entre elles.

Mme W..., 46 ans (M. le docteur MORAX).

La malade est suivie, de 1909 à 1914, avec une acuité qui reste à 8/10 de chaque œil et une tension oscillant de 30 à 35 à droite et de 24 à 28 à gauche, malgré les myotiques. Le 8 juin 1914, on pratique une *sclecto-iridectomie*, selon LAGRANGE, aux deux yeux.

Le 22 juin 1914 : V. O. D. G. = 8/10.

En septembre 1920, on note : O. D. G. cicatrices bulleuses, V = 10/10.

T. O. D. = 8/7,5 O. G. = 6/7,5.

En novembre 1926 : L'état est stationnaire.

V. O. D. G. = 10/10.

Mme G..., 56 ans (M. le docteur MORAX).

La malade vient consulter en février 1916, l'on constate :

O. D. V = 1 ; T = 25. Excavation légère.

O. G. V. = 1; T = 26. Excavation légère.

Les myotiques restant sans effet, on décide d'intervenir.

Le 10 avril 1916 : *Sclérecto-iridectomie* selon LAGRANGE O. D. et selon ELLIOT O. G.

Le 21 novembre 1934 : O. D. Cicatrice bulleuse, tension normale, V. = 0,8.

O. G. Cicatrice plate, tension normale, V. = 0,8.

Mme L..., 48 ans. (M. le docteur MORAX).

Le 4 septembre 1918 : la malade vient consulter avec une acuité de 10/10 des 2 côtés et une tension de 1/7,5 à droite et de 2/7,5 à gauche. Les myotiques ne réduisant pas la tension, on décide d'intervenir.

Le 31 octobre 1918 : *Sclérecto-iridectomie* O. D. G. par trépanation.

Le 16 avril 1934 : O. D. G. V. = 10/10 ; T = normale.

Par ailleurs, nous avons trouvé, par l'étude de ces observations, confirmation de ce que nous avons déjà constaté. C'est ainsi que le pourcentage supérieur de succès constatés dans ce groupe semble s'expliquer d'une part, c'est certain, parce que les malades ont été mieux et plus uniformément suivis; mais aussi et surtout parce qu'ils ont été opérés tôt.

Parmi nos 80 cas hospitaliers, 17 fois seulement l'œil avait une acuité supérieure ou égale à 8/10 au moment de l'opération.

Parmi les 63 cas qui nous intéressent ici, nous trou-

vons 33 acuités préopératoires supérieures ou égales à 8/10.

On voit comme la différence est considérable et comme l'amélioration du pronostic constaté dans ces conditions commande une fois de plus l'opération précoce.

D'autre part, si nous envisageons les cas à acuité déjà touchée ou à champ visuel rétréci, le pronostic lointain est relativement moins favorable, mais nous n'avons cependant jamais, ici non plus, constaté de baisse visuelle qui semble pouvoir être mise au compte de l'intervention.

Nous tenons, à ce propos, à reproduire ici le résumé d'une de ces observations qui illustre à merveille ce que nous venons de dire :

M. B..., 60 ans (M. le professeur VELTER).

Consulte la première fois, le 13 juillet 1927, pour un glaucome traité depuis plusieurs années par la pilocarpine et l'esérine. A ce moment :

O. G. Glaucome absolu $V = 0$; $T = 2/7,5$.

O. D. $V = 0,7$ CV. réduit à 1° en haut et en dedans $T = 2,5/7,5$. Excavation marquée.

Le malade, à qui on a bien recommandé de ne pas se laisser opérer, ne veut pas entendre parler d'intervention. Le 11 juillet 1928, on revoit le malade qui a été suivi entre temps, par un autre ophtalmologiste, lequel déconseille formellement l'intervention, étant donné l'état du champ visuel. A cette date :

O. D. $V = 0,5$; CV. stationnaire : $T = 6/10$.

On conseille l'intervention que le malade refuse.

Le 2 octobre 1928 : O. D. V. = 0,5 ; T = 2,5 / 7,5, malgré traitement médical énergique.

Le 31 octobre 1928 : O. D. V = 0,4. Le malade se décide enfin à l'intervention qui est pratiquée :

Le 15 novembre 1928 : *Sclérecto-iridectomie selon Lagrange O. D.*

Depuis cette date, le malade a été suivi régulièrement. En juin 1934, on note : O. D. V = 0,4 CV. stationnaire.

T = 9 / 7,5.

Cette observation nous semble extrêmement démonstrative puisque, depuis 5 ans 1 / 2, l'intervention a permis de conserver intact ce qui restait de vision et de champ visuel alors qu'en 15 mois de temps le traitement médical n'avait pas empêché une baisse d'acuité de 3 / 10 et qu'il ne nous semble pas exagéré d'en conclure que, sans l'intervention, ce malade serait actuellement aveugle. D'autre part, on voit le tort qu'a fait à ce malade le préjugé défavorable dont jouit malheureusement l'intervention sur des yeux à champ visuel rétréci, puisque ce sont les conseils d'un ophtalmologiste qui l'ont empêché de se laisser opérer à un stade où l'on aurait vraisemblablement pu lui conserver une acuité de 0,7 au lieu de ne lui en sauver que 0,4.

Enfin, il est un dernier fait que nous tenons à signaler avant de clore ce chapitre, il s'agit d'un phénomène que nous avons relevé dans 2 des observations

dont il est question ici et que nous n'avons retrouvé dans aucune des observations hospitalières, peut-être parce qu'il est nécessaire pour qu'il soit mis en évidence que la tension soit prise régulièrement, minutieusement et par la même main. Voici en 2 mots une des 2 observations dont il s'agit :

Mr. B..., 44 ans (Monsieur le professeur VELTER).

Suivi depuis 2 ans pour un glaucome chronique, depuis 2 mois les myotiques ne peuvent ni normaliser la tension ni empêcher une baisse progressive de l'acuité et ceci à *gauche comme à droite*.

En avril 1931 : O. D. V = 0,4 ; T = 3/7,5.

O. G. V = 0,3 ; T = 3/7,5.

On pratique une *sclérecto-iridectomie* selon LA-GRANGE à *gauche*.

Le 13 mai 1931 : T. O. D. 5/7,5 ; O. G. 8/7,5.

Le 12 juin 1931 : O. D. V = 0,6 ; T = 7,7,5.

O. G. V = 0,4 ; T = 10/7,5.

Le 12 octobre 1934 : O. D. V = 0,6 ; T = 6,5/7,5.

O. G. V = 0,4 ; T = 7,5/7,5.

La 2^e observation est calquée sur celle-ci. Dans ces 2 cas, étant donné 2 yeux en état de glaucome chronique résistant au traitement médical, *l'intervention unilatérale* a amené *des 2 côtés* une normalisation de tension avec amélioration de la vision. Ce fait, qu'une observation attentive révélerait sans doute plus fréquent, nous paraît intéressant à signaler ; il nous semble rentrer dans le cadre de ce que M. le docteur MAGITOR a étudié sous le nom de réflexes oculo-oculaires.

GLAUCOMES SECONDAIRES

Il est particulièrement malaisé de se faire une opinion sur la valeur des opérations dans le glaucome secondaire, étant donné l'intrication de l'affection causale et de l'hypertension symptomatique. Lorsque la vision remonte ou que la tension baisse, on peut se demander si le traitement médical de l'affection causale ou la thérapeutique chirurgicale de l'hypertension en sont la cause, lorsque, au contraire, l'évolution se fait vers le pire, la part des 2 processus pathologiques est aussi difficile à préciser.

Quoi qu'il en soit, la plupart des auteurs tombent d'accord sur le peu d'efficacité de l'intervention dans ces cas et sur la réserve avec laquelle on doit en poser l'indication. MORAX et FOURRIÈRE, mise à part la séclusion pupillaire où l'iridectomie donne de bons résultats, ne portent à l'actif de l'opération (iridectomie ou sclérecto-iridectomie) que la sédation des douleurs et des phénomènes irritatifs, ceci même lorsque la tension n'est que momentanément abaissée comme c'est la règle (sur 7 sclérecto-iridectomies exécutées dans sa pratique privée rapportées par M. le docteur MORAX, 7 fois la tension remonta plus ou moins rapidement). Pour ces auteurs, les cicatrices

de sclérecto-iridectomies faites dans ces conditions ne seraient qu'exceptionnellement filtrantes (15 cicatrices plates sur 15 sclérecto-iridectomies pratiquées à Lariboisière de 1908 à 1919). De même, ROCHON-DUVIGNEAUD et BESNARD ne relèvent qu'un cas favorable (cicatrice filtrante, tension normale, vision maintenue) sur 10 trépanations d'ELLIOT pour glaucome secondaire.

Nous avons relevé parmi nos observations 45 cas de glaucomes secondaires d'origine diverse. Il s'agissait :

- 4 fois de séclusion pupillaire,
- 26 fois d'irido-cyclites ou d'irido-choroïdites,
- 4 fois de traumatismes,
- 8 fois d'yeux opérés de cataracte avec ou sans dissection secondaire,
- 1 fois d'une tumeur intra-oculaire,
- 2 fois de leucomes adhérents.

Séclusion pupillaire

Dans les 4 cas de glaucome secondaire à une séclusion pupillaire (Obs. 134 O. D. G., 144, 145), on a pratiqué l'iridectomie, trois fois d'emblée et une fois après une cyclodialyse qui n'avait pas amené de baisse de la tension. Après les 4 iridectomies, la tension revint à la normale et y demeura. Pour ce qui est de la vision, elle demeura stationnaire et réduite à la perception lumineuse dans 2 cas (dont une fois après extraction du cristallin cataracté). Chez les

2 autres malades la vision passa respectivement de la perception lumineuse et de la numération des doigts à 1 mètre à 0,8 et 0,1.

Irido-cyclo-choroïdites

Sur les 26 yeux envisagés dans ce paragraphe, on réalisa 11 fois l'iridectomie et 15 fois la sclérecto-iridectomie (9 trépanations et 6 résections). Un de ces yeux fut énucléé pour douleurs persistantes 4 ans après une iridectomie ; 4 fois la tension resta élevée malgré l'intervention (1 iridectomie, 2 trépanations et 1 résection sclérale ; ces 3 cas coïncidant avec une absence de cicatrice bulleuse). Sur les 15 trépanations, 6 seulement revêtaient l'aspect de cicatrices bulleuses lors de notre examen.

Le résultat visuel est plus difficile à apprécier chez ces malades :

— Dans 16 cas, la vision était inférieure à 0,1 et l'est restée avec des modifications variables, le plus souvent dans le sens de la diminution du peu qui restait, 2 fois cependant, la vision a marqué une légère amélioration post-opératoire (0,2) avant de retomber au-dessous de 0,1.

— Dans les 9 autres cas, la vision était supérieure ou égale à 0,1 :

= 3 fois, elle est tombée en quelques mois au-dessous de 0,1 à la suite de sclérecto-iridectomies selon ELLIOT dont deux n'amenèrent pas de normalisation de la tension et dont aucune ne donna

lieu à la formation d'une cicatrice bulleuse (Obs. : 123, 125, 129).

= 6 fois la vision est restée sensiblement ce qu'elle était, l'opération pratiquée dans ces cas ayant été 3 fois l'iridectomie, 2 fois la sclérecto-iridectomie par trépanation (1 cicatrice bulleuse) et 1 fois la sclérecto-iridectomie selon LAGRANGE.. Dans tous ces cas, la stabilisation de l'acuité a coïncidé avec la sédation des phénomènes inflammatoires sous l'influence du traitement médical effectué avant et après l'intervention.

On voit donc que ni l'étude de la tension post-opératoire ni celle de la vision ne semblent dans ces cas conférer une supériorité quelconque à la sclérecto-iridectomie (elle ne réalise que rarement d'ailleurs une cicatrice bulleuse) et que globalement les résultats opératoires sont loin d'être excellents.

Glaucomes traumatiques

Quatre fois dans nos observations, le glaucome est apparu secondairement à un traumatisme : la tension ne cédant pas aux collyres hypotenseurs essayés pendant plusieurs semaines, on fut amené dans chacun de ces cas à intervenir ; on le fit une fois par iridectomie et trois fois par sclérecto-iridectomie (selon LAGRANGE; HOLTH et ELLIOT). Dans tous les cas, la tension fut ramenée à la normale sans qu'aucune des sclérectomies ait donné lieu à la formation d'une cicatrice bulleuse. Quant à la vision, elle était trois fois inchiffrable ; dans le quatrième cas, elle

était de 0,7 avant l'intervention et de 0,5 lorsque, trois ans après, nous avons revu le malade.

Glaucome après extraction de cataracte

Nous en avons retrouvé huit cas.

Trois fois, il s'agissait en réalité d'iritis ou d'iridochoroïdite avec hypertension survenue à la suite de l'extraction du cristallin (suivie une fois de dissection). Dans les trois cas, on pratiqua une sclérecto-iridectomie (une fois selon ELLIOT et deux fois selon HOLTH) qui fit disparaître la tension sans laisser de cicatrice bulleuse ni améliorer l'acuité réduite à moins de 0,1.

Dans les cinq autres cas, les phénomènes glaucomateux survinrent sans infection endoculaire apparente (trois fois il est spécifié qu'il s'agissait d'une extraction combinée et, dans un des deux autres cas, que l'on avait pratiqué une capsulotomie trois mois après l'extraction). L'on fut amené à intervenir dans un délai variant de 2 mois à 2 ans, on pratiqua quatre fois la sclérecto-iridectomie (2 trépanations et 2 résections) et une fois l'iridectomie avec dissection. Aucune des sclérectomies ne laissa de cicatrice bulleuse. Chez trois malades la tension redevint et resta normale, coïncidant avec une acuité qui, une fois, était et resta de 0,5 et deux fois passa de 0,1 à la perception des mouvements de la main (avec une fois une ascension post-opératoire à 0,3). Dans les deux derniers cas (correspondant à un même malade traité d'un côté par sclérecto-iridectomie d'ELLIOT

et de l'autre par iridectomie avec discision), la tension est restée au-dessus de la normale en même temps que l'acuité s'améliorait d'un côté et baissait de l'autre.

Enfin, dans les trois glaucomes secondaires dont nous n'avons pas encore parlé, il s'agissait deux fois de leucomes adhérents datant de l'enfance (la sclérecto-iridectomie ramena la tension à la normale) et une fois d'un sarcome, découverte anatomique après énucléation pour un glaucome absolu que n'avaient amélioré ni l'iridectomie ni la sclérecto-iridectomie.

GLAUCOME CHRONIQUE PRIMITIF ET TRAITEMENT MÉDICAL

En relevant nos observations et en examinant nos malades, nous avons retrouvé un certain nombre de glaucomateux qui n'ont pas été opérés et ont été soumis uniquement au traitement médical, ceci soit pour un œil (l'autre étant opéré), soit pour les deux yeux. Il nous a paru intéressant de rassembler à la fin de ce travail ces observations afin de chercher si nous ne pouvions nous aider d'elles dans l'établissement des indications thérapeutiques que nous chercherons à tirer des résultats opératoires en ce qui concerne le glaucome chronique en particulier. Nous avons d'autre part groupé autour de ces cas quelques observations dans lesquelles les yeux glaucomateux ont été soumis de façon assez prolongée au traitement médical avant d'être opérés.

Il ne peut être ici question de comparaison numérique entre malades opérés et non opérés. Il s'agit de malades différents puisque (hormis les cas où le malade refusa l'intervention) on jugea dans un cas utile et dans l'autre inutile, tout au moins primitivement, d'intervenir.

Nous citerons cependant, à titre indicatif, les

chiffres suivants à propos des 25 observations que nous avons réunies concernant 34 yeux non opérés (suivis de 2 à 9 ans).

— 9 fois, malgré l'usage régulier des myotiques, la tension restait élevée lors de notre examen (ceci correspondant à de mauvais résultats visuels),

— Dans un certain nombre de cas, en outre, régulièrement suivis et tonométrés, on avait constaté de temps à autre, malgré les myotiques, de passagères élévations de la tension qui cependant était normale lors de notre examen (là aussi, l'acuité avait sensiblement diminué).

— 5 fois seulement, l'acuité visuelle est restée égale ou supérieure à ce qu'elle était lors du premier examen.

— 12 fois, l'acuité visuelle est tombée au-dessous de 0,1.

Nous insisterons particulièrement sur deux points :

1^o Nous avons retrouvé 4 cas où le champ visuel était rétréci à 5 ou 10° du point de fixation avec une acuité initiale qui était de 0,9 — 0,7 — 0,4 — 0,3. Dans tous ces cas dont l'observation s'étend sur des périodes variant de 2 à 3 ans, la vision, malgré l'usage des myotiques, était réduite lors de notre examen à moins de 0,1 (Obs. 160, 164, 168, 178).

2^o Dans 2 cas (Obs. 183, 184), les 2 yeux, présentant tous deux une acuité supérieure à 0,1 au départ, furent l'un (le moins bon) opéré, l'autre (le meilleur) traité médicalement. Dans les 2 cas, l'acuité

de l'œil opéré resta stationnaire (0,1) ou remonta (0,3 à 0,4) pendant que celle de l'autre œil baissait (0,4 au dénombrement des doigts à 1 m.-0,9 à 0,6). Dans un autre cas (Obs. 180), l'acuité de l'œil opéré passa de $2/50$ à $1/10$ pendant que, de l'autre côté, elle tombait de 0,2 à la perception lumineuse. Dans ces 3 cas, il s'agissait bien de glaucome chronique et non de poussées aiguës ou subaiguës (comme dans les observations 176, 181) où l'ascension post-opératoire de l'acuité est évidemment moins intéressante bien qu'elle coïncide aussi avec la diminution de l'acuité de l'autre œil atteint de glaucome chronique et soigné, lui, médicalement.

Enfin, nous avons réuni 11 observations relatives à des glaucomateux chroniques qui furent d'abord traités médicalement puis, devant la baisse rapide de l'acuité, malgré l'instillation fréquente des myotiques, opérés. Dans tous les cas, l'acuité visuelle après l'intervention resta stationnaire ou même augmenta. Un certain nombre de fois, cet état favorable se prolongea jusqu'à notre examen, plus souvent cependant la vision baissa ensuite, soit par sclérose cristallinienne avec myopie progressive, soit sans cause apparente ; quoiqu'il en soit, même dans ces derniers cas, la comparaison entre l'évolution de l'acuité avant et après l'opération est tout en faveur de l'acte opératoire.

Il n'est pas question ici, répétons-le, de comparaison numérique entre tous ces résultats. Cependant, ces constatations, qualitatives et non quantitatives,

nous semblent une indication de plus au traitement chirurgical dès que le traitement médical ne suffit plus à normaliser la tension et à empêcher l'atteinte des fonctions visuelles. Nous avons déjà vu que l'acte opératoire, quel que soit l'état des fonctions visuelles, n'était pas dangereux en lui-même ; il nous semble que l'on peut conclure de ces dernières constatations que l'abstention, elle, peut l'être.

OBSERVATIONS

Nous publions ci-après les observations (très résumées) de tous les malades d'hôpital que nous avons revus. Nous nous sommes efforcés de les réunir en groupes correspondant aux différents chapitres précédents. (Quand une observation nous a paru intéressante à plusieurs titres, nous l'avons fait figurer dans le groupe principal en nous contentant de faire figurer son numéro d'ordre dans les autres).

GLAUCOME AIGU

I. — MALADES AYANT UNE VISION FINALE ÉGALE OU SUPÉRIEURE A 0,1

1. — M^{me} B..., 55 ans (Hôtel-Dieu).

Janvier 1931 : O. D. glaucome aigu. *Iridectomie*.

O. G. glaucome aigu, voit la main à 0 m. 50. *Iridectomie* ; extraction du cristallin 2 mois après.

Octobre 1934 : O. D. V = 0,5 ; T = 18.

O. G. V = les doigts à 1 m. Membranule ; T = 18.

2. — M. B..., 55 ans (Hôtel-Dieu).

Novembre 1932 : Glaucome aigu O. D. G. V = 0. *Iridectomie* O. G. (le 2^e jour). *Elliot* O. D. (le 21^e jour).

Mars 1933 : O. D. iritis, douleurs ; T = +. *Sclérotomie postérieure*.

Octobre 1934 : O. D. V = 0 ; T = +.

O. G. V = 0,9 ; T = 0.

3. — M. B..., 55 ans (Lariboisière).

Novembre 1932 : Glaucome aigu O. G. V = 0,2 ; T = 60. *Iridectomie* O. G.

Octobre 1934 : O. G. V = 0,6 ; T = 22.

4. — M. B..., 63 ans (Hôtel-Dieu).

Mars 1930 : Glaucome aigu O. D. G. V = les mouvements de la main. *Iridectomie* O. D. G. (le 15^e jour).

Octobre 1934 : O. D. G. V = 0,4 à 0,5 ; T = 18.

5. — M^{me} B..., 60 ans (Lariboisière).

Juillet 1926 : Glaucome aigu O. D. V = 0,2 ; T = 90. *Iridectomie* O. D. (le 2^e jour) (V = 0,5).

Novembre 1927 : O. D. V = 0,2 ; T +. *Lagrange* O. D. (V = 0,3).

Novembre 1934 : O. D. V = 0,2 ; T = 22 ; C. V. normal, cicatrice plate.

6. — M^{me} B..., 56 ans (Hôtel-Dieu).

Juillet 1930 : Glaucome aigu O. G. *Iridectomie*.

Octobre 1934 : O. G. V = 0,3 ; T = 0 ; C. V. rétréci légèrement.

7. — M^{me} B..., 69 ans (Lariboisière.)

Juin 1931 : Glaucome aigu O. D. V = les doigts à 1 m. ; T = 90. *Iridectomie* O. D.

Novembre 1934 : O. D. V = 0,5 ; C. V. normal. Cicatrice bulleuse.

8. — M^{me} C..., 57 ans (Hôtel-Dieu).

Novembre 1929 : O. D. normal.

O. G. glaucome aigu V = mouvements de la main.

Holth O. G. (le 6^e jour).

Juillet 1932 : O. D. Glaucome aigu.

Iridectomie O. D. (le 2^e jour).

Novembre 1934 : O. D. $V - 4 = 0,3$; $T = 0$. Sclérose cristallinienne.

O. G. $V = 0,4$; $T = 0$. icatrice Cplate.

9. — M^{me} C..., 38 ans (Hôtel-Dieu).

Décembre 1931 : Glaucome aigu O. G. $V =$ mouvements de la main. *Iridectomie* O. G. (le 15^e jour).

Octobre 1934 : O. G. $V = 0,6$; $T = 0$; C. V. normal.

10. — M^{me} D..., 37 ans (Lariboisière).

Octobre 1932 : Glaucome aigu O. G. *Iridectomie* (le 9^e jour).

Novembre 1934 : O. G. $V = 0,5$; $T = 20$; C. V. normal.

11. — M^{me} D..., 58 ans (Hôtel-Dieu).

Juin 1929 : Glaucome aigu O. G. $V = P. L.$ *Iridectomie* (opérée de cataracte en 1933).

Septembre 1934 : O. G. $V + 10 = 0,6$; $T = 0$; C. V. normal.

12. — M^{me} D..., 48 ans (Lariboisière).

Mai 1928 : O. D. $V + 4 = 0,5$; $T = 0$.

O. G. glaucome aigu. *Iridectomie* (le 15^e jour).

Novembre 1931 : O. D. glaucome aigu. *Lagrange*.

Novembre 1934 : O. D. $V = 0,5$; $T = 20$; C. V. normal, cicatrice plate.

O. G. $V = 0,3$; $T = 20$; C. V. normal.

13. — Mme E..., 43 ans (Hôtel-Dieu).

Janvier 1931 : O. D. glaucome aigu. *Iridectomie* (le 2^e jour).

O. G. glaucome aigu 10 jours après O. D. $V = 0,3$.

$T = 50$. *Iridectomie* (le 30^e jour).

Septembre 1934 : O. D. $V = 0,7$; $T = 0$; C. V. normal,

O. G. $V = 0,5$; $T = 0$; C. V. un peu rétréci en dedans.

14. — Mme G..., 33 ans (Lariboisière).

Mars 1928 : Glaucome aigu O. D. — $V = 0,1$; $T = 40$. *Iridectomie* (le 4^e jour).

Novembre 1934 : O. D. $V = 1$; C. V. normal.

15. — Mme G..., 50 ans (Lariboisière).

Décembre 1932 : Glaucome aigu O. D. $V = P. L$. *Iridectomie* (le 4^e jour).

Novembre 1934 : O. D. $V = 0,7$; $T = 25$; C. V. un peu rétréci en dedans.

16. — Mme J..., 53 ans (Lariboisière).

Novembre 1933 : Glaucome aigu O. D. $V = 0,2$; $T = 70$.

C. V. normal. *Iridectomie* O. D. (le 4^e jour).

Novembre 1934 : O. D. $V = 0,7$; $T = 15$; C. V. normal.

17. — Mme L..., 62 ans (Lariboisière).

Décembre 1925 : Glaucome aigu O. D. $V = 1/3$ (1 mois pilo). *Iridectomie* O. D. (le 30^e jour).

Novembre 1934 : O. D. $V = 1/3$; $T = 20$; C. V. normal.

18. — M^{me} L..., 65 ans (Lariboisière).

Décembre 1931 : Glaucome aigu O. D. $T = 110$.
Iridectomie O. D. ($V - 1 = 0,7$).

Novembre 1934 : O. D. $V - 3 = 0,3$; $T = 20$;
C. V. normal, sclérose cristallinienne.

19. — M^{me} L..., 69 ans (Hôtel-Dieu).

Août 1928 : Glaucome aigu O. G. $V = 0,2$ (1 mois pilo). *Iridectomie*.

Novembre 1934 : O. G. $V = 0,3$; $T = 22$; C. V.
un peu rétréci.

20. — M^{me} M..., 70 ans (Lariboisière).

Novembre 1927 : Glaucome aigu O. D. G.

O. D. $V = 0$. *Iridectomie*.

O. G. $V = 0,1$. *Holth*.

Novembre 1934 : O. D. $V = 0,1$; $T = 18$; C. V.
rétréci en dedans.

O. G. $V = 0,3$; $T = 18$; C. V. normal, cicatrice
plate.

21. — M^{me} R..., 68 ans (Hôtel-Dieu).

Avril 1930 : Glaucome aigu O. D. *Iridectomie* (le
3^e jour).

Mai 1932 : Glaucome aigu O. G. *Iridectomie* (le 3^e jour).

Septembre 1934 : O. D. G. T = 20. Sclérose cristallinienne.

V. O. D. = 0,1 ; O. G. = 0,2.

Voir aussi :

Obs. 181, O. D.

II. — MALADES AYANT UNE VISION FINALE INFÉRIEURE A 0,1

22. — M^{me} B..., 60 ans (Lariboisière).

Mai 1930 : Glaucome aigu O. D. V = 0. *Iridectomie*.

Novembre 1934 : O. D. V = mouvements de la main en dehors.

T = 20.

23. — M. C..., 61 ans (Lariboisière).

Juin 1929 : Glaucome aigu O. D. *Iridectomie* (le 20^e jour).

Novembre 1934 : O. D. V = P. L. (n'a jamais vu mieux depuis l'opération).

T = 25.

24. — M^{me} C..., 67 ans (Hôtel-Dieu).

Août 1932 : Glaucome aigu O. D. *Iridectomie* (le 13^e jour).

Octobre 1934 : O. D. V = P. L. Atrophie avec excavation.

25. — M. C..., 62 ans (Lariboisière).

Novembre 1928 : Glaucome aigu O. G. *Iridectomie*.

Octobre 1934 : O. G. V = Mouvements de la main ;
T = 20.

26. — Mme D..., 56 ans (Hôtel-Dieu).

Août 1928 : Glaucome aigu O. G. V = 0. *Iridectomie* (le 21^e jour).

Octobre 1934 : O. G. V = P. L. ; T = 0.

27. — Mme D..., 62 ans (Lariboisière).

Juillet 1931 : Glaucome aigu O. G. *Iridectomie* (hémorragies péripapillaires).

Novembre 1934 : O. G. V = 0, atrophie avec excavation.

28. — Mme F..., 43 ans (Lariboisière).

Juillet 1929 : Glaucome aigu O. G. *Iridectomie*.

Novembre 1934 : O. G. V = 0 ; T = 50.

29. — Mme G..., 58 ans (Lariboisière).

Décembre 1932 : Glaucome aigu O. G. V = P. L.
. *Lagrange* (1 mois).

En 1933 : Extraction et discision O. G.

Novembre 1934 : O. G. V = P. L. ; T = 22. Cicatrice plate.

30. — Mme L..., 60 ans (Hôtel-Dieu).

Novembre 1932 : Glaucome aigu O. G. V = 0.

Iridectomie (le 15^e jour).

Novembre 1934 : O. G. V = P. L. ; T = 0.

31. — M^{me} M..., 64 ans (Lariboisière).

Août 1929 : Glaucome aigu O. D. G. V = 0.

Iridectomie O. D. G. (2 mois).

Octobre 1934 : O. D. G. V = 0 ; T = 0.

32. — M^{me} P..., 68 ans (Hôtel-Dieu).

Août 1929 : Glaucome aigu O. D. *Iridectomie* (le 8^e jour).

V = 0 continue à souffrir.

Juin 1930 : *Enucléation* O. D.

Voir aussi :

Obs. 1, O. G.

Obs. 2, O. D.

Obs. 178, O. G.

GLAUCOME CRHONIQUE

1^o ACUITÉ VISUELLE INITIALE ÉGALE
OU SUPÉRIEURE A 0,1

A. — *Acuité visuelle augmentée*

33. — M. C..., 56 ans (Lariboisière).

Mars 1931 : O. D. V = 0,1 ; T = 35. *Sclérecto-iridectomie.*

Novembre 1934 : O. D. V = 0,2 ; T = 15 ; C. V. normal, cicatrice plate.

Voir aussi :

Obs. 112, O. D.

Obs. 113.

Obs. 183, O. G.

Obs. 186.

Obs. 194, O. D.

Obs. 196.

B. — *Acuité visuelle stationnaire*

34. — M^{me} D..., 70 ans (Hôtel-Dieu).

Février 1928 : Glaucome chronique O. D. G.

O. D. V = 0,3.

O. G. V = 0,7 ; C. V. rétréci. *Cyclodialyse O. D. G.*

Octobre 1928 : T. O. D. +. *Elliot* (extraction O. D. en juin 1929).

Octobre 1928 : O. D. V = P. L. ; T = —. Membranule, cicatrice bulleuse.

O. G. V = 0,7 ; T = 0 ; C. V. stationnaire.

35. — M. D..., 65 ans (Hôtel-Dieu).

Avril 1930 : O. D. V = 1 ; T = 50 ; C. V. normal. *Elliot*.

Septembre 1934 : O. D. V = 1 ; T = 18 ; C. V. normal, Cicatrice plate.

36. — M. F..., 36 ans (Hôtel-Dieu).

Décembre 1931 : O. G. V = 1 ; T = 30. *Elliot*.

Octobre 1934 : O. G. V = 1 ; T = 18 ; C. V. normal, cicatrice plate.

37. — M^{me} G..., 48 ans (Lariboisière).

Octobre 1932 : Poussées subaiguës au cours d'un glaucome chronique O. D. G.

O. D. V = 0,7 ; T = 60. *Iridectomie*.

O. G. V = 0,7 ; T = 30. *Lagrange*.

Novembre 1932 : T O. D. = +. *Elliot O. D.*

Novembre 1934 : O. D. G. V = 0,7 ; T = 16 ; C. V. normaux, cicatrices plates.

38. — M. G..., 49 ans (Lariboisière).

Mars 1927 : Glaucome chronique O. D. V = 0,7. *Elliot*.

Novembre 1934 : O. D. V = 0,7 ; T = 20. Cicatrice bulleuse.

39. — M. G..., 46 ans (Lariboisière).

Janvier 1932 : Glaucome chronique O. G. V = 0,5. *Elliot*.

Octobre 1934 : O. G. V = 0,5 ; T = 20 ; C. V. un peu rétréci en dedans.

40. — M. H. ., 51 ans (Lariboisière).

Août 1932 : O. D. V = -0,3 ; T = 36 ; C. V. normal (iridectomie en février), *Elliot* (puis 15 jours après T = +, *Lagrange*).

Décembre 1932 : O. G. V = 0,5 ; T = + ; C. V. normal (iridectomie en février) *Lagrange*.

Décembre 1934 : O. D. V = 0,2 ; O. G. V = 0,5 ; T et C. V. normaux, cicatrices invisibles.

41. — M^{me} L... (Lariboisière).

Mars 1928 : O. D. V = 1 ; T = 60. *Elliot*.

Novembre 1934 : O. D. V = 1 ; T = 16 ; C. V. normal, cicatrice invisible.

42. — M^{me} M..., 39 ans (Hôtel-Dieu).

Janvier 1928 : Glaucome chronique O. D. G.

V O. D. = 1 ; V. O. G. = 0,6.

T O. D. G. = 45 ; C V. O. D. G. 30° en dedans. *Cyclodialyse O. D. G.*

Décembre 1934 : O. D. V = 1 ; T = 18 ; C. V. stationnaire.

O. G. V = 0,2 ; T = 40 ; C. V. 2^o en dedans.

43. — M. M..., 41 ans (Lariboisière).

Octobre 1927 : Glaucome chronique O. D. V = 0,2
Elliot.

Novembre 1934 : O. D. V = 0,2 ; T = 20 ; C. V. normal, cicatrice bulleuse.

44. — M. S..., 48 ans (Lariboisière).

Novembre 1930 : O. D. V = 1 ; T = +. *Elliot*.

Novembre 1934 : O. D. V = 1 ; T = 18 ; C. V. normal, cicatrice invisible.

45. — M. V..., 66 ans (Lariboisière).

Août 1928 : O. D. V = 1 ; T = 40 ; O. G. V = 0,7 ; T = 35. *Elliot O. D. G.*

1932 : V. et C. V. O. D. G. stationnaires jusqu'à son décès.

Voir aussi :

Obs. 108.

Obs. 109.

Obs. 114, O. G.

Obs. 120, O. D.

Obs. 184, O. D.

Obs. 188, O. D.

Obs. 192, O. G.

Obs. 195, O. D.

C. — *Acuité visuelle diminuée de 0, 1 ou 0, 2* (et restant néanmoins supérieure à 0, 1).

46. — Mme C..., 55 ans (Hôtel-Dieu).

Novembre 1927 : Glaucome chronique O. D. G. depuis 7 ans.

O. D. V = 0, 3 ; T = 30 ; C. V. 30° en dedans *Elliot*.

O. G. V = la main à 1 m. *Elliot*.

Septembre 1934 : O. D. V. — 0, 2 ; T = 0 ; C. V. stationnaire, cicatrice bulleuse.

O. G. V = P. L ; T = 0 ; Cicatrice bulleuse.

47. — M. G..., 68 ans (Lariboisière).

Mars 1932 : V. O. D. = 0, 7 ; O. G. = 0, 1 ; T. O. D. G. = 28 (pilo-ésérine) *Lagrange* O. D. G.

Novembre 1934 : O. D. V = 0, 5 ; T = 14 ; C. V. normal. Cicatrice bulleuse.

O. G. V = les doigts à 1 m. T = 16, C. V. perdu en dedans, cicatrice plate.

48. — M. G..., 63 ans (Lariboisière).

Décembre 1927 : O. G. V = 0, 3 ; T = 60 ; *Elliot*

Novembre 1934 : O. G. V = 0, 2 ; T = 15 C. V. un peu rétréci. Cicatrice bulleuse.

49. — Mme L..., 54 ans (Hôtel-Dieu).

Août 1927 : Glaucome chronique O. D. G.

O. D. V = 1, C. V. normal ; *Lagrange*.

O. G. V = 0, 9 C. V. normal *Elliot*.

Septembre 1934 : O. D. G. T = 12 Cicatrices bulleuses.

O. D. V = 0, 2 ; C. V. 20 à 30° dans toutes les directions.

O. G. V = 0, 7 ; C. V. 30 à 40° dans toutes les directions.

50. — Mme M..., 56 ans (Hôtel-Dieu).

Mars 1927 : Glaucome chronique O. G. V = 0, 5.
Elliot.

Novembre 1934 : O. G. V = 0, 4 ; C. V. un peu rétréci en haut, cicatrice bulleuse.

51. — M. P..., 76 ans (Tenon).

Octobre 1932 : O. D. V = 0, 2 ; T = 30 (pilo)
Elliot.

Décembre 1934 : O. D. V = 0, 1 ; T = 15 ; C. V. rétréci à 30°, cicatrice plate.

52. — Mme P..., 60 ans (Lariboisière).

Octobre 1929 : Glaucome chronique O. G. V. = 0, 3 ; C. V. 20° en haut, *Lagrange.*

Octobre 1934 : O. G. V. = 0, 1 ; T = 16 ; C. V. rétréci concentriquement. Cicatrice bulleuse.

53. — M. S..., 51 ans (Tenon).

Mai 1928 : O. D. V = 0, 4 ; T = 65 ; C. V. réduit en dedans, *Elliot.*

Décembre 1934 : O. D. V = 0, 2 ; T = 30 ; C. V. un peu plus rétréci, cicatrice plate.

Voir aussi :

Obs. 40, O. D.

Obs. 103, O. D. O. G.

Obs. 112, O. G.

Obs. 116, O. D.

Obs. 121, O. G.

Obs. 189.

Obs. 192, O. D.

Obs. 195, O. G.

D. — *Acuité visuelle ayant diminué de plus de 0, 2 (et restant néanmoins supérieure à 0, 1).*

54. — Mme B..., 78 ans (Tenon).

Décembre 1932 : Glaucome chronique O. D. G.

O. D. V = 0, 7 ; T = + C. V. normal ; *Cyclodyalise*.

O. G. V = les doigts à 1 m. ; T = +

C. V. normal (scotome central).

Décembre 1934 : O. D. V = 0, 4 ; T = 45 C. V.
20 à 30°.

O. G. V = les doigts à 0 m. 50 ; T. = 45.

C. V. très rétréci.

55. — Mme B..., 55 ans (Hôtel-Dieu).

Janvier 1927 : Glaucome chronique O. D. G.

O. D. V = les doigts à 1 m. *Lagrange*.

O. G. V = 0, 9 ; C. V. 50° ; *Lagrange*.

Octobre 1934 : O. D. V = la main en dehors ;
T = 20. Cicatrice bulleuse.

O. G. V = 0, 5 ; C. V. 40° ; T = 20 ; Cicatrice
bulleuse.

56. — M. D..., 62 ans (Tenon).

Février 1932 : Glaucome chronique O. D. G.
Crises subaiguës depuis 1 mois.

O. D. V = 0,7 ; T = 20 ; C. V. normal.

O. G. V = P. L. ; T = 80.

• *Cyclodialyse* O. D. (la tension s'élève, *Elliot* en mars).

Elliot O. G. (V = 6/10).

Décembre 1934 : O. D. V = 0,4 ; T = 25 ; C. V. normal Cicatrice invisible.

O. G. V = 0,5 ; T = 35 ; C. V. rétréci en dedans.
Cicatrice plate.

57. — M. G..., 52 ans (Lariboisière).

Février 1928 : Glaucome chronique O. D. G.

O. D. V = 1 ; *Holth* (T suivie oscille de 20 à 50).

O. G. V = 0,6 *Elliot* (T suivie oscille de 20 à 35).

Octobre 1934 : O. D. V = P. L. T = 15 Cicatrice plate.

O. G. V = 0,2 T = 15 Cicatrice plate.

58. — Mme P..., 32 ans (Lariboisière).

Mars 1927 : O. G. glaucome chronique V = 1
Elliot.

Novembre 1934 : O. G. V = 0,7 T = 16 C. V. normal. Cicatrice bulleuse.

59. — Mme P..., 65 ans (Hôtel-Dieu).

Avril 1932 : O. G. V = 0,7 ; T = 50, hémorragies rétiniennes. *Iridectomie*.

Septembre 1934 : O. G. V = 0,2 ; T = 28 ; C. V stationnaire, atrophie et excavation.

Voir aussi :

Obs. 42, O. G.

Obs. 49, O. D.

Obs. 110.

Obs. 115, O. D.

Obs. 116, O. G.

Obs. 119, O. D.

Obs. 185, O. D. G.

Obs. 190, O. D. G.

Obs. 191.

Obs. 194, O. G.

E. — *Acuité visuelle tombée à moins de 0, 1.*

60. — M^{me} B..., 52 ans (Hôtel-Dieu).

Août 1928 : O. G. V = 0,4 ; T = 55 ; C. V. normal
Elliot.

Décembre 1934 : O. G. V = les doigts à 1 m.
Cataracte. Bonne projection ; T = 14. Cicatrice
bulleuse.

61. — M. D..., (Hôtel-Dieu).

Février 1930 : Glaucome chronique O. G. V =
0,1 ; *Elliot.*

Octobre 1934 : O. G. V — 5 = 0,02 (sclérose
cristallinienne avancée) ; T = —

C. V. stationnaire. Cicatrice bulleuse.

62. — M^{me} F..., 78 ans (Lariboisière).

Octobre 1932 : Glaucome chronique O. G. V = 0, 1 *Lagrange*.

Novembre 1934 : O. G. V = les doigts à 1 m. ; T = 25.

63. — M. P..., 50 ans (Lariboisière).

Février 1928 : O. D. V = 0, 2 ; T = 40 ; C. V. 20° en dedans, *Lagrange*.

Novembre 1934 : O. D. V = la main en dehors ; T = 20. Atrophie optique. Cicatrice bulleuse.

64. — M^{me} P..., 42 ans (Lariboisière).

Février 1925 : Glaucome chronique O. D. G. (pilo depuis 1 an).

O. D. V = 0, 7.

O. G. V = 0, 7 C. V. très rétréci *Holth* (V = 0,5).

Février 1926 : *Holth* O. D.

Novembre 1926 : V. O. D. = 0, 7 O. G. = 0, 2.

Novembre 1928 : T. O. D. + ; *Holth* O. D. (V = 0, 7).

Octobre 1934 : O. D. V = 0. T = 40 Cicatrices invisibles.

O. G. V = la main T = 15 Cicatrice bulleuse.

65. — M^{me} S..., 58 ans (Tenon).

Décembre 1927 : O. D. V = 0 ; T = 65 *Elliot*.

O. G. V = 0, 5 T = 35 *Lagrange*.

Juin 1938 : O. D. V = 0 ; T = 18.

O. G. V = 0,5 T = 30 ; On prescrit pilo, on ne revoit pas la malade.

Décembre 1934 : O. D. V = 0 ; T = 12 Cicatrice bulleuse.

O. G. V = 0, 04 T = 40 Cicatrice plate.

Voir aussi :

Obs. 34, O. D.

Obs. 47, O. G.

Obs. 57, O. D.

Obs. 104.

Obs. 111, O. G.

Obs. 115, O. G.

Obs. 117.

Obs. 188, O. G.

Obs. 193.

2^o. — ACUITÉ VISUELLE INITIALE INFÉRIEURE à 0, 1.

A. — *Acuité visuelle initiale et finale nulle*

66. — M^{me} A..., 64 ans (Hôtel-Dieu).

Juillet 1932 : O. G. V = 0 ; T = 80 Elliot.

Septembre 1934 : O. G. V = 0 ; T = 16 Cicatrice bulleuse.

67. — M^{me} B..., 54 ans (Hôtel-Dieu).

Février 1931 : Glaucome absolu O. G. Elliot.

Mai 1931 : O. G. reste rouge et douloureux, énucléation.

68. — M. D..., 59 ans (Hôtel-Dieu).

Septembre 1932 : O. D. Glaucome absolu. *Iridectomie*.

Octobre 1934 : O. D. Ne souffre plus $V = 0$;
 $T = 0$.

69. — M. G..., 52 ans (Hôtel-Dieu).

1929 : O. G. $V = 0$; $T = 40$ *Iridectomie*.

Octobre 1934 : O. G. $V = 0$; $T = +$ Ne souffre plus.

70. — M^{me} H..., 59 ans (Hôtel-Dieu).

Novembre 1928 : O. D. Glaucome absolu, *Elliot*.

Octobre 1934 : O. D. $V = 0$; $T = 0$. Ne souffre plus. Cicatrice invisible.

71. — M. J..., 46 ans (Lariboisière).

Juin 1931 : O. D. Glaucome absolu (Iridectomie en 1917). *Lagrange*.

Novembre 1934 : O. D. $V = 0$; $T = +$; Cicatrice invisible.

72. — M. J..., 60 ans (Hôtel-Dieu).

Décembre 1926 : O. D. $V =$ les doigts à 0 m. 30 ;
 $T = 35$ *Elliot*.

O. G. $V = 0$; $T = 45$ *Elliot*.

Octobre 1934 : O. D. $V =$ la main ; $T = 45$. Cicatrice invisible.

O. G. $V = 0$; $T = 22$. Cicatrice invisible.

73. — M. L..., 56 ans (Lariboisière).

Janvier 1928 : O. G. : Glaucome absolu douloureux, *Lagrange*.

Février 1928 : Continue à souffrir. *Enucléation*.

74. — M^{me} S..., 32 ans (Hôtel-Dieu).

Mai 1929 : O. G. Glaucome absolu douloureux. *Ponction* puis *Elliot*.

Octobre 1934 : O. G. $V = 0$; $T = 0$.

75. — M. S..., 49 ans (Lariboisière).

Avril 1932 : O. G. Glaucome absolu douloureux, *Lagrange*.

Novembre 1934 : O. G. $V = 0$; $T = +$ Ne souffre plus.

Voir aussi :

Obs. 65, O. D.

Obs. 179, O. D.

B. — *Acuité visuelle initiale variant de la perception lumineuse à 0, 04 avec acuité finale supérieure ou égale à 0, 1*

76. — M^{me} D..., 35 ans (Hôtel-Dieu).

Mai 1928 : O. D. Glaucome chronique irritatif.

$V = P. L.$; $T = ++$ *Elliot*.

Octobre 1934 : O. D. $V = 0, 6$; $T = 24$; C. V. normal. Cicatrice bulleuse.

77. — M^{me} L..., 71 ans (Tenon).

O. G. Glaucome chronique irritatif ; $T = 55$. *Lagrange*.

Novembre 1934 : O. G. V = 0, 2 ; T = 12 ; C.V. rétréci. Cicatrice bulleuse.

Voir aussi :

Obs. 55, O. G.

Obs. 107.

Obs. 176, O. D.

Obs. 180, O. D.

C. — *Acuité visuelle initiale variant de la perception lumineuse à 0, 06 avec acuité finale nulle.*

78. — M^{me} B..., 62 ans (Lariboisière).

Novembre 1921 : O. D. G. Glaucome chronique ;
V = P. L. ; T = 60. *Iridectomies.*

Novembre 1934 : O. D. V = 0 ; T = 30.

O. G. V = P. L. ; T = 18.

79. — M^{me} B..., 62 ans (Lariboisière).

Octobre 1930 : Glaucome chronique O. D. G.
V. O. D. = les doigts à 1 m. V. O. G. = P. L.

Sclérecto-iridectomie O. D. G.

Novembre 1934 : O. D. V = les doigts à 0 m. 20 ;
T = 22. Cicatrice invisible.

O. G. V = 0 ; T = 22. Cicatrice invisible.

80. — M. C..., 61 ans (Hôtel-Dieu).

Mars 1929 : Glaucome chronique O. D. G.

V. O. D. G. = la main à 0 m. 30. *Elliot O. D. G.*

Septembre 1934 : O. D. V = la main en dehors ;
T = 0.

O. G. V = 0 ; T = —

81. — M^{me} C..., 49 ans (Hôtel-Dieu).

Décembre 1930 : O. G. Glaucome chronique irritatif V = P. L. *Iridectomie*.

Octobre 1934 : O. G. en voie d'atrophie V = 0.

82. — M. C..., 73 ans (Hôtel-Dieu).

Septembre 1931 : O. D. Glaucome chronique V = P. L. *Lagrange*.

Octobre 1934 : O. D. V = 0 ; T = 35. Cicatrice plate.

83. — M. D..., 56 ans (Hôtel-Dieu).

Décembre 1931 : O. D. G. Glaucome chronique. (Iridectomie il y a 2 ans).

O. D. V = P. L. ; O. G. V = 0, 05 *Elliot* O. D. G.

Octobre 1934 : O. D. V = 0 ; T = 15. Cicatrice bulleuse.

O. G. V = la main en dehors ; T = 20, cicatrice bulleuse.

84. — M^{me} G..., 69 ans (Lariboisière).

Août 1931 : O. D. V = P. L. ; T = 65. *Iridectomie* ; 15 jours après, panophtalmie.

Octobre 1934 : O. D. atrophique.

85. — M. J..., 60 ans (Lariboisière).

Juin 1932 : O. G. V = 0, 02 ; T = 45. *Lagrange*.

Novembre 1934 : O. G. V = 0 ; T = 0. Cicatrice bulleuse.

86. — M^{me} L..., 68 ans (Hôtel-Dieu).

Mars 1929 : O. G. Glaucome chronique $V =$ la main à 0 m. 20. *Lagrange* ($V = 0,4$).

Octobre 1934 : O. G. $V = 0$; $T = 0$. Cicatrice invisible.

87. — M. L..., 49 ans (Lariboisière).

Septembre 1931 : O. G. glaucome chronique $V = 0,06$. *Elliot* (nouvel *Elliot* pour $T = +$).

Novembre 1934 : O. G. $V = 0$; $T = 20$, 2 cicatrices dont une bulleuse.

88. — M^{me} M..., 66 ans (Hôtel-Dieu).

Avril 1928 : O. D. G. glaucome chronique
 $V =$ P. L. *Elliot* O. D. G.

Juillet 1928 : T. O. G. $= +$. 2^o *Elliot* O. G.

Septembre 1934 : O. D. $V =$ P. L. ; $T = 0$. Cicatrice bulleuse.

O. G. $V = 0$; $T = 0$. Cicatrice plate.

Voir aussi :

Obs. 118.

Obs. 121, O. D.

Obs. 182, O. G.

Obs. 187, O. G.

D. — *Acuités visuelles initiales et finales variant de la perception lumineuse à 0,06*

89. — M^{me} A..., 49 ans (Lariboisière).

Décembre 1931 : O. G. $V = 0,02$; $T = 55$. *Elliot*.

Novembre 1934 : O. G. V = 0,06 ; T = 18 ; C. V. normal, cicatrice plate.

90. — M. B..., 69 ans (Lariboisière).

Décembre 1932 : O. D. Glaucome chronique irritable.

V. inférieure à 0,1. *Lagrange*.

Novembre 1934 : O. D. V = les doigts à 1 m. ; T = 18, cicatrice plate.

91. — M^{me} C..., 43 ans (Lariboisière).

Avril 1927 : O. D. V = 0,04 ; T = 50. *Elliot*.

Octobre 1934 : O. D. V = les doigts à 2 m. ; T = 35 cicatrice plate.

92. — M^{me} D..., 45 ans (Lariboisière).

Novembre 1926. O. D. glaucome chronique, V = la main à 1 m. *Holth*.

Octobre 1934 : O. D. V = P. L. ; T = 18, cicatrice invisible.

93. — M^{me} F..., 66 ans (Hôtel-Dieu).

Juin 1932 : O. D. V = ? (Scotome central) ; T = 40. *Elliot*.

Septembre 1934 : O. D. V = P. L. ; T = 40, cicatrice plate.

94. — M^{me} G..., 68 ans (Hôtel-Dieu).

Janvier 1929 : O. D. Glaucome chronique V = la main à 0 m. 20. *Elliot*.

Octobre 1934 : O. D. V = la main en dehors. Cicatrice invisible.

95. — M. G..., 48 ans (Hôtel-Dieu).

Mai 1930 : O. G. V = doigts à 0 m. 25 ; T = +.
Iridectomie (T reste élevée ; *Elliot* à 2 reprises).

Septembre 1934 : O. G. V = P. L. ; T. = ++.
Cicatrices invisibles.

96. — M^{me} L..., 53 ans (Lariboisière).

Janvier 1926 : O. D. Glaucome chronique irritatif
V = P. L. *Holth O. D.*

O. G. Glaucome chronique irritatif V = la main
à 0 m. 50. *Iridectomie O. G.*

Avril 1926 : O. D. G. T = +. *Iridectomie O. D.*
Elliot O. G.

Septembre 1926 : T. O. D. = +. *Elliot.*

Mars 1927 : T. O. G. = + *Holth.*

Mars 1928 : O. D. V = P. L. ; T = 35.

O. G. V = 0,1 ; T = 35.

Novembre 1934 : O. D. V = P. L. ; T = 20. Cicatrices invisibles.

O. D. V = la main à 0 m. 50 ; T = 25. Cicatrices invisibles.

97. — M^{me} M..., 63 ans (Hôtel-Dieu).

Novembre 1927 : O. D. V = P. L. ; T = 70.
Elliot.

Novembre 1934 : O. D. V = P. L. ; T = 14. Cicatrice bulleuse.

98. — M. M..., 54 ans (Hôtel-Dieu).

Décembre 1927 : O. D. G. : V = la main à 0 m. 20 ;
T = 60. *Elliot*.

Septembre 1934 : O. D. G. : V = la main à 0 m. 20 ;
T = 18. Cicatrices invisibles.

99. — Mme N..., 58 ans (Hôtel-Dieu).

Janvier 1929 : O. G. V = la main à 1 m. ; T = 45.
Elliot.

Octobre 1934 : O. G. V = P. L. ; T = 14. Cicatrice
bulleuse.

100. — M. R..., 31 ans (Hôtel-Dieu).

Septembre 1927 : O. D. G. V = P. L. ; T = 60.
Iridectomie O. D. (extraction en déc.) (*Elliot* en fév.
1928). *Elliot O. G.* (2^{ème} *Elliot* en novembre).

Septembre 1934 : O. D. V = la main à 0 m. 20 ;
T = 0. Cicatrice bulleuse.

O. G. V = P. L. ; T = 0. Cicatrice invisible.

101. — M. T..., 26 ans (Hôtel-Dieu).

Janvier 1930 : O. D. G. Glaucome chronique
V = P. L. *Elliot*.

Octobre 1934 : O. D. V = P. L. ; T = 16. Cicatrice
bulbeuse. O. G. V = P. L. T = 20. Cicatrice plate.

102. — Mme V..., 63 ans (Hôtel-Dieu).

Septembre 1930 : O. G. Glaucome chronique irri-
tatif.

V = les doigts à 0 m. 5, *Iridectomie*.

Octobre 1934 : O. G. V = la main en dehors ;

T = 12.

Voir aussi :

Obs. 46, O. G.

Obs. 55, O. D.

Obs. 72, O. D.

Obs. 78, O. G.

Obs. 79, O. D.

Obs. 80, O. D.

Obs. 83, O. G.

Obs. 88, O. D.

Obs. 110, O. D.

Obs. 114, O. D.

Obs. 119, O. G.

Obs. 120, O. G.

Obs. 187, O. D.

GLAUCOMES CHRONIQUES CHAMPS VISUELS RÉTRÉCIS

103. — M. A..., 53 ans (Hôtel-Dieu).

Octobre 1931 : O. D. V = 1 ; T = 40 ; C. V. normal.

O. G. V = 0,8 ; T = 40 ; C. V. 10° en haut, en bas,
en dedans.

Elliot O. D. G.

Novembre 1934 : O. D. V = 0,9 ; T = 0 ; C. V.
normal.

O. G. V = 0,6 ; T = 0 ; C. V. stationnaire.

104. — M. B..., 49 ans (Hôtel-Dieu).

Novembre 1926 : O. D. V = 0,2 ; T = 50 ; C. V.
10° en dedans.

Elliot O. D. Aucun renseignement sur la vision
post-opératoire.

Octobre 1934 : O. D. V = les doigts à 0 m. 30 ;
T = 20 ; C. V. rétréci en dedans, cicatrice plate,
opacité nucléaire.

105. — M. B..., 60 ans (Lariboisière).

Novembre 1931 : O. G. traumatisme 1 mois aupa-
ravant (pilo).

$V = 0,7$; $T = 50$; C. V. 10° en dedans. *Lagrange O. G.*

Novembre 1934 : O. G. $V = 0,5$; $T = 25$; C. V. stationnaire. Cicatrice plate.

106. — Mme C..., 57 ans (Hôtel-Dieu).

Février 1927 : O. D. $V = ?$; $T = 35$; C. V. 5 à 10° dans toutes les directions. *Elliot O. D.*

Octobre 1934 : O. D. $V = 0,1$; $T = 12$; C. V. réduit au point de fixation, cicatrice bulleuse.

107. — Mme C..., 56 ans (Hôtel-Dieu).

Octobre 1931 : O. G. $V =$ Doigts à 3 m. ; $T = 50$; C. V. 5 à 10° dans toutes les directions. *Elliot O. G.*

Octobre 1934 : O. G. $V = 0,1$; $T = 16$; C. V. réduit au point de fixation, cicatrice bulleuse.

108. — M. C..., 57 ans (Lariboisière).

Novembre 1930 : O. D. $V = 0,3$; $T = 35$; C. V. 15° en dedans. *Elliot O. D.*

Novembre 1934 : O. D. $V = 0,3$; $T = 16$; C. V. un peu plus rétréci, cicatrice bulleuse.

109. — Mme D..., 61 ans (Hôtel-Dieu).

Mai 1932 : O. G. $V = 0,5$; $T = 35$; C. V. 5 à 10° dans toutes les directions. *Lagrange O. G.*

Octobre 1934 : O. G. $V = 0,5$; $T = 12$; C. V. 5° en dedans, 40° en dehors, cicatrice plate.

110. — M. D..., 42 ans (Hôtel-Dieu).

Septembre 1926 : O. D. $V = 0,9$; C. V. 10° en dedans. *Elliot O. D.*

Novembre 1927 : La tension remonte. Nouvel Elliot O. D.

Octobre 1934 : O. D. $V = 0,6$; $T = 30$; C. V. stationnaire, cicatrices invisibles.

111. — M^{me} D..., 65 ans (Hôtel-Dieu).

Octobre 1932 : O. D. glaucome chronique $V =$ la main à 0 m. 30.

O. G. $V = 0,4$; $T = 30$; C. V. 15° en dedans. *Elliot O. D. G.*

Juin 1933 : O. G. $V = 0,3$.

Octobre 1934 : O. D. $V =$ la main à 0 m. 30 ; $T = 0$. Cicatrice bulleuse.

O. G. $V = 0,02$; $T = 0$, cicatrice bulleuse.

112. — M. F..., 57 ans (Hôtel-Dieu).

Décembre 1930 : O. D. $V = 0,4$; C. V. un peu rétréci.

O. G. $V = 0,4$; C. V. 5° en dedans.

Lagrange O. D. G.

Octobre 1934 : O. D. $V = 0,6$; $T = 14$; C. V. stationnaire.

O. G. $V = 0,3$; $T = 14$; C. V. stationnaire. Cicatrices bulleuses.

113. — M^{me} G..., 55 ans (Hôtel-Dieu).

Mars 1931 : O. G. $V = 0,1$; $T = 45$; C. V. 15° en dedans. *Elliot O. G.*

Septembre 1934 : O. G. V = 0,4 ; T = 0 ; C. V. stationnaire. Cicatrice bulleuse.

114. — M. L..., 69 ans (Hôtel-Dieu).

Novembre 1931 : O. D. V = P. L. ; T = +.

O. G. V = 0,1 ; T = + ; C. V. 5° en dedans.

Elliot O. D. G.

Octobre 1934 : O. D. V = P. L. ; T = 40. Cicatrice invisible.

O. G. V = 0,1 ; T = 12 ; C. V. 30° en dedans, cicatrice bulleuse.

115. — M^{me} L..., 41 ans (Lariboisière).

Septembre 1925 : O. D. V = 0,6 ; T = 28 ; C. V. normal.

O. G. V = 0,1 ; T = 40 ; C. V. 2° en dedans.

Elliot O. D. G.

Octobre 1925 : T. O. G. remonte, nouvel *Elliot O. G.*

Octobre 1927 : V. O. D. = 0,4 ; V. O. G. = 0,1.

Octobre 1934 : O. D. V = 0,1 ; T = 0 ; C. V. normal.

O. G. V = Mouvements de la main ; T = 0. Cicatrices plates.

116. — M^{me} P..., 66 ans (Tenon).

Décembre 1928 : O. D. V = 0,3 ; T = + ; C. V. 2° en haut, en dedans et en bas.

O. G. V = 1 ; T = + ; C. V. normal.

Elliot O. D. G.

Août 1929 : O. D. $V + 1 = 0,6$; O. G. $V + 1 = 1$.

Octobre 1934 : O. D. $V - 12 = 0,2$; T = 18 ; C.

V. stationnaire.

O. G. $V - 4 = 0,4$; T = 18 ; C. V. normal.

Cicatrices plates, Sclérose cristallinienne.

Voir aussi :

Obs. 120, O. D.

Obs. 188, O. G.

Obs. 190, O. D. G.

Obs. 192, O. D. G.

Obs. 195. O. D. G.

INFECTIONS POST-OPÉRATOIRES TARDIVES

117. — Mme C..., 44 ans (Lariboisière).

Avril 1928 : O. G. V = 0,1 ; T = 40 ; C. V. rétréci en dedans. *Elliot O. G.*

Avril 1934 : Panophtalmie O. G. avec suppuration au niveau de la bulle conjonctivale.

Novembre 1934 : O. G. mou et atrophique V = 0.

118. — M. F..., 57 ans (Hôtel-Dieu).

Mai 1932 : O. D. Glaucome chronique V = les doigts à 0 m. 50. *Elliot O. D.*

Février 1934 : Iridocyclite à hypopion O. D. avec douleur et hypertension .*Enucléation.*

119. — M. F..., 71 ans (Lariboisière).

Mars 1932 : O. D. V = 0,6 ; T = 28 (pilo) ; C. V. rétréci en dedans.

O. G. V = les doigts en dehors.

Elliot O. D. (V = 0,5 ; T = 0). *Iridectomie O. G.*

Janvier 1933 : Iridocyclite hypertensive O. D. *Iridectomie O. D.*

Novembre 1934 : O. D. V = 0,2 ; T = 16 ; C. V. stationnaire. Cicatrice bulleuse. Exsudats pupillaires.

O. G. V = les doigts en dehors ; T = 30.

120. — M. J..., 51 ans (Hôtel-Dieu).

Mars 1925 : O. D. V = 0,4 ; T = 52 ; C. V. 15° en dedans.

O. G. V = les doigts à 0 m. 50 ; T = 60. *Lagrange*
O. D. G.

Septembre 1925 : O. G. Iritis à hypopion. Vaccins.

Novembre 1934 : O. D. V = 0,4 ; T = 18 ; C. V. stationnaire. Cicatrice bulleuse.

O. G. V = P. L. ; T = 40 ; Cicatrice invisible.

121. — Mme V..., 46 ans (Tenon).

Novembre 1927 : O. D. V = mouvements de la main ; T = ++. *Elliot.*

Novembre 1928 : O. D. Iridocyclite à hypopion.
Enucléation.

O. G. Glaucome chronique V = 0,5 ; C. V. normal
Elliot.

Décembre 1934 ; O. G. V = 0,4 ; T = 10 ; C. V. normal, cicatrice plate.

GLAUCOMES SECONDAIRES

1^o GLAUCOMES SECONDAIRES A DES IRIDO-CYCLO-CHOROÏDITES

Observations où la tension reste élevée

122. — M. C..., 61 ans (Lariboisière).

Août 1932 : O. D. choroïdite ; T = + ; *Lagrange*.

Novembre 1934 : O. D. V = la main en dehors ;
T = 60. Cicatrice invisible.

123. — M^{me} D..., 38 ans (Tenon).

Novembre 1930 : O. G. V = 0,2 ; T = 35. Précipités sur la Descemet. Pilo sans action. *Elliot*.

Juin 1931 : O. G. V = 0,3 ; T = 40.

Décembre 1934 : O. G. V = 0 ; T = 60 ; milieux troubles, cicatrice invisible.

124. — M^{me} G..., 40 ans (Lariboisière).

Avril 1927 : O. G. Iritis V = 0,2 ; T = 70. *Elliot* (non suivie ensuite).

Novembre 1934 : O. G. Séclusion pupillaire V = P. L., ; T = +. Cicatrice plate.

125. — Mme M..., 49 ans (Hôtel-Dieu).

Juin 1932 : O. D. Iritis, T = +, V = Mts de la main. *Iridectomie*.

Octobre 1934 : O. D. V = 0 ; T = +.

Bonne tension finale, acuité finale inférieure à 0,1

127. — Mme A..., 71 ans (Hôtel-Dieu).

Mars 1932 : O. D. G. Iritis ; T = + ; *Iridectomies*.

Octobre 1934 : O. D. V = P. L. ; T = 21.

O. G. V = compte les doigts à 0 m. 30 ; T = 14.

128. — Mme B..., 60 ans (Lariboisière).

Juin 1932 : O. G. Irido-chroroïdite avec hypertension *Elliot*.

Novembre 1934 : O. G. V = 0 ; cataracte pathologique. Cicatrice plate.

129. — Mme B..., 71 ans (Hôtel-Dieu).

Juin 1929 : O. G. Iridocyclite ; V = 0, 2 ; T = + *Elliot*.

Novembre 1934 : O. G. V = dénombrement des doigts à 0 m. 5 ; T = 0. Cicatrice invisible.

130. — Mme B..., 66 ans (Hôtel-Dieu).

Juin 1929 : O. G. Glaucome chronique. Synéchies *Elliot*.

Novembre 1934 : O. G. V = 0,05 ; T = 0 ; cataracte.

131. — M^{me} B..., 58 ans (Hôtel-Dieu).

Février 1931 : O. D. Synéchies. V = dénombrement des doigts à 0 m. 20 ; T = 70. *Iridectomie*.

Novembre 1934 : O. D. V = stationnaire ; T = 0. Cataracte.

132. — M^{me} C..., 65 ans (Tenon).

Février 1928 : O. G. Cyclite V = P. L. ; T = + *Elliot* (V = 0,2).

Décembre 1934 : O. G. V = 0, 04 ; T = 0. Cicatrice bulleuse.

133. — M^{me} D..., 53 ans (Lariboisière).

Juillet 1929 : O. G. Iridocyclite V = les doigts à 1 m. ; T = 65. *Iridectomie* (V = 0,2).

Novembre 1934 : O. G. V = doigts à 1 m. ; T = 18 C. V. normal.

134. — M^{me} D..., 49 ans (Hôtel-Dieu).

Décembre 1927 : O. D. G. Séclusion pupillaire V = P. L.

Iridectomie O. D.

Cyclodialyse O. G. (O. G. *iridectomie* ultérieure pour T = +, puis extraction).

Novembre 1934 : O. D. G. V = P. L. ; T = 0.

135. — M^{me} F..., 48 ans (Lariboisière).

Janvier 1929 : O. D. Irido-charoïdite ; T = + *Iridectomie*.

Octobre 1934 : O. D. $V = 0$; $T = -$. Cataracte pathologique.

136. — M^{me} H..., 63 ans (Hôtel-Dieu).

Août 1925 : O. D. G. Iridocyclite ; $T = +$;
 $V =$ la main à 0 m. 50. *Lagrange* O. D. G. (O. G. $V = 0,2$).

Octobre 1934 : O. D. G. Cicatrice bulleuse ;
 $T = 0$. Atrophie et excavation.

V. O. D. $= 0$; V. O. G. $=$ les doigts à 1 m.

137. — M. L..., 58 ans (Hôtel-Dieu).

Janvier 1929 : O. G. iridocyclite hypertensive
 $V =$ P. L. *Lagrange*.

Octobre 1934 : O. G. $V =$ P. L. ; $T = 0$. Milieux troubles.

138. — M. M..., 61 ans (Hôtel-Dieu).

Août 1928 : O. G. Iritis hypertensive ; $V =$ la main à 0 m 50. *Iridectomie*.

Septembre 1934 : O. G. $V =$ la main en dehors ;
 $T = 0$.

139. — M^{me} P..., 44 ans (Lariboisière).

Mars 1930 : O. D. Irido-choroïdite $V = 0$; $T = +$
Holth.

Novembre 1934 : O. D. $V =$ la main en dehors ;
 $T = 22$. Cicatrice invisible.

140. — M^{me} V..., 48 ans (Hôtel-Dieu).

Mai 1925 : O. G. Glaucôme absolu — Synéchies
Elliot.

Novembre 1934 : O. G. V. = 0 ; T = 0. Cicatrice
bulleuse.

*Bonne tension finale, acuité finale égale ou
supérieure à 0, 1*

141. — M^{me} B..., 68 ans (Hôtel-Dieu).

Février 1929 : O. D. Glaucome chronique. Précipités sur la Descemet.

V = 0,1 *Elliot.*

Septembre 1934 : O. D. V = 0,1 ; T = 0 ; C. V.
stationnaire. Cicatrice bulleuse.

142. — M. S..., 41 ans (Lariboisière).

Juillet 1927 : O. G. Glaucome chronique. Exsudats
pupillaires.

V = 0, 1. *Iridectomie.*

Novembre 1934 : O. G. V = 0,2 ; T = 12 ; C. V.
normal.

143. — M^{me} B..., 40 ans (Tenon).

Février 1928 : O. G. Iritis hypertensive V = 1
Elliot.

Novembre 1934 : O. G. V = 1 ; T = 20 ; C. V.
normal. Cicatrice invisible.

144. — M. B..., 67 ans (Hôtel-Dieu).

Novembre 1931 : O. D. Séclusion pupillaire V = les doigts à 1 m.

T = 60. *Iridectomie*.

Novembre 1934 : O. D. V = 0,2 ; T = 0 ; C. V. normal.

145. — M^{me} C..., 20 ans (Hôtel-Dieu).

Décembre 1932 : O. D. Seclusion pupillaire ; V = P. L. ; T = 55. *Iridectomie*.

Octobre 1934 : O. D. V = 0,8 ; T = 0 ; C. V. = normal.

146. — M. C..., 68 ans (Tenon).

Janvier 1928 : O. D. Iritis hypertensive ; V = 0,6 ; T = 35. *Lagrange*.

Décembre 1934 : O. D. V = 0,7 ; T = 0 ; C. V. normal. Cicatrice plate.

147. — M^{me} R..., 60 ans (Hôtel-Dieu).

Septembre 1929 : O. D. Synéchies ; V = 0,8.

O. G. Synéchies ; V = 0,2 ; T = + ; *Iridectomie O. G.*

Décembre 1932 : O. D. V = 0,4 ; T = + ; *Iridectomie O. D.*

Novembre 1934 : V. O. D. = 0,4 ; O. G. = 0,3 ; T. O. D. G. = 12 ; C. V. normaux.

2^o GLAUCOMES SECONDAIRES A DES TRAUMATISMES

148. — M. C..., 51 ans (Lariboisière).

Décembre 1927 : O. G. Subluxation traumatique du cristallin.

T = 50 ; V = 0,04 *Holth*.

Novembre 1934 : O. G. Cristallin subluxé cataracté. V = la main en dehors ; T = 22. Cicatrice plate.

149. — M. D..., 59 ans (Lariboisière).

Mars 1929 : O. D : C. E. intra-oculaire enlevé en 1910.

Taie cornéenne ; T = 65 ; V = P. L. *Iridectomie*.

Novembre 1934 : O. D. V = P. L. ; T = 25.

150. — M. D..., 62 ans (Lariboisière).

Novembre 1931 : O. D. T = + 20 jours après choc. *Elliot*.

Novembre 1934 : O. D. V = les doigts à 1 m. ; T = 18. Cicatrice plate.

Voir aussi :

Obs. 105.

3^o GLAUCOMES SECONDAIRES A DES OPÉRATIONS POUR CATARACTE OU MEMBRANULE

151. — M^{me} G..., 59 ans (Tenon).

Mars 1928 : O. D. opéré de cataracte en mars.
Iritis hypertensive. *Holth*.

Décembre 1934 : O. D. V = la main. Membranule ; T = O. Cicatrice invisible.

152. — Mme M..., 58 ans (Lariboisière).

Mai 1926 : Extraction du cristallin O. D.

Juillet 1926 : O. D. V. = 0,1 ; T = + ; *Elliot*.

Novembre 1927 : V. O. D. + 14 = 0,3.

Novembre 1934 : O. D. V. = la main ; T = 26.

153. — Mme R..., 65 ans (Lariboisière).

Décembre 1932 : O. G. opéré de cataracte (juin), puis de membranule (section à la pince ciseaux (août) ; T = +

V = P. L. *Ponction* puis *Elliot*.

Novembre 1932 : O. G. V = P. L. ; T = 25 vitré trouble. Cicatrice invisible.

154. — Mme R..., 52 ans (Lariboisière).

Décembre 1932 : O. G. opéré de cataracte (décembre 1929) et de membranule (février 1930) V = 0,5 ; T = + *Lagrange*.

Novembre 1934 : O. G. V = 0,5 ; T = 0. Cicatrice invisible.

155. — Mme T..., 63 ans (Tenon).

Février 1925 : Extraction combinée O. D. G. en 1924.

O. D. V = 0,3 ; T = + ; *Elliot*.

O. G. V = 0,9.

1932 : T. O. G. + *Iridectomie* et discision.

Décembre 1934 : O. D. V = 0,5 ; T = 30 (pilo).
Cicatrice invisible.

O. G. V = 0,3 ; T = 35 (pilo).

156. — M^{me} V..., 43 ans (Lariboisière).

Juillet 1927 : O. D. V + 12 = 1

O. G. V = 0,5 (extraction combinée 1 mois
auparavant).

Septembre 1927 : O. D. T = + ; V = 0,4.

O. G. Iritis T = ++ ; V = P. L.

Holth O. D. G. (*Holth* O. D. G. de nouveau en
nov).

Novembre 1934 : V. O. D. = P. L. ; O. G. = 0 ;
T. O. D. G. = 0.

4^o GLAUCOMES SECONDAIRES DE CAUSES

DIVERSES

157. — M^{me} F..., 67 ans (Hôtel-Dieu).

Octobre 1928 : O. D. V = 0 ; T = + ; Précipités.
Iridectomie.

Janvier 1929 : T. O. D. = + ; *Elliot*.

Octobre 1929 : T. O. D. = + ; *Enucléation*. Sarcome
de la choroïde.

158. — M^{lle} M..., 14 ans (Lariboisière).

Janvier 1927 : O. D. leucome adhérent V = les
doigts à 1 m. ; T = + *Elliot* (premier Elliot en 1922).

Novembre 1934 : O. D. V = les doigts à 1 m ;
T = 0. Cicatrice invisible.

159. — M^{me} M..., 48 ans (Lariboisière).

Avril 1926 : O. G. leucome adhérent $V = 0$;
 $T = +$ *Holth* (Iridectomie en 1916).

Novembre 1934 : O. G. $V = 0$; $T = 0$. Cicatrice
plate.

OBSERVATIONS RELATIVES AU TRAITEMENT MÉDICAL

- Malades non opérés ;
- Malades opérés d'un côté et soignés médicalement de l'autre ;
- Malades traités médicalement durant une période assez prolongée et opérés ensuite ;
- Champs visuels rétrécis et traitement médical.

1^o MALADES NON OPÉRÉS

160. — Mme B..., 68 ans (Tenon).

Février 1932 : O. D. V = 0,4 ; T = 52 ; C. V.
10° en bas et scotome annulaire.

Novembre 1934 : a mis régulièrement pilo.

O. D. V = 0 ; T = 70.

161. — Mme B..., 69 ans (Lariboisière).

Janvier 1931 : O. G. V = 0,3 ; T = 20 ; C. V.
un peu rétréci.

Octobre 1934 : a mis régulièrement pilo. T suivie,
normale.

V = 0,02 ; T = 16 ; C. V. 15° en dedans.

162. — M^{me} B..., 72 ans (Lariboisière).

Octobre 1932 : O. D. V = 0,4. Excavation.

O. G. V = 0, 6. Excavation.

A mis régulièrement pilo. T suivie, de 18 à 30.

Octobre 1934 : O. D. V = 0.2 ; T = 22.

O. G. V = 0,4 ; T = 25.

163. — M. B..., 44 ans (Tenon).

Novembre 1931 : Glaucome chronique O. D. G. avec une grosse instabilité de la tension et des signes fonctionnels.

V oscille de 0,2 à 0,7 à droite et de 0,5 à 0,8 à gauche.

Novembre 1934 : État identique.

164. — M. C..., 50 ans (Tenon).

Novembre 1931 : O. D. V = 0,9 ; T = 50 ; C. V. 5^o en dedans.

O. G. V = 1 ; T = 28 ; C. V. normal.

A mis pilo, mais peu régulièrement.

Novembre 1934 : O. D. V = mouvements de la main en bas ; T = 30.

O. G. V = 0,6 ; T = 22 ; C. V. normal.

165. — M. C..., 70 ans (Lariboisière).

Décembre 1931 : O. D. V = 0,4 ; T = 70 ; C. V. très rétréci en dedans.

O. G. V = 0,1 ; T = 40 ; C. V. moins rétréci.

A mis pilo régulièrement, T suivie, de 18 à 30.

Novembre 1934 : O. D. G. V = 0,02 ; T. = 22 ;
C. V. rétrécis.

166. — Mme D..., 60 ans (Lariboisière).

Février 1934 : V. O. D. = 0,6 ; O. G. = 0,5.

A mis pilo régulièrement, T suivie, de 20 à 30.

Novembre 1934 : V O. D. = 0,3 ; O. G. = 0,2 ;
T. O. D. G. = 15.

167. — M. D..., 76 ans (Lariboisière).

Octobre 1932 : V. O. D. = 0,7 ; O. G. = 0,2.

A mis pilo régulièrement, T suivie, de 17 à 25.

Novembre 1934 : V. O. D. = 0,3 ; O. G. = les
doigts à 1 m.

T. O. D. G. = 20.

168. — M. G..., 31 ans (Tenon).

Décembre 1931 : O. D. V = 0,3 ; T = 70 ; C. V.
5° en bas.

Pilo. Esérine. T redevient normale.

Décembre 1934 : O. D. V = la main en dehors ;
T = 70 (met 3 fois pilo).

169. — Mme L..., 76 ans (Lariboisière).

Janvier 1930 : O. D. V = 0,1 ; T = 40 ; C. V. ré-
tréci.

A mis pilo et esérine régulièrement, T suivie, de
18 à 60.

Novembre 1934 : O. D. V = P. L. ; T = 60.

170. — M. L..., 70 ans (Lariboisière).

Avril 1932 : Glaucome chronique O. D. G. Excavations. V. O. D. = 1.

O. G. = 0. 5.

A mis pilo régulièrement, T suivie, O. D. 20 à 30.
O. G. 15 à 20.

Novembre 1934 : O. D. V = 0,3 ; T = 25 ; O. G. V = 0,2 ; T = 18 ; C. V. O. D. G. normaux.

171. — M^{me} M... (Hôtel-Dieu).

Décembre 1929 : O. G. glaucome chronique V = 0,8 ;
C. V. normal.

A mis pilo régulièrement.

Novembre 1934 : O. G. V = 0,2 ; T = 27 ; C. V. normal.

172. — M^{me} M... (Hôtel-Dieu).

Février 1932 : Glaucome chronique O. D. G.
V. O. D. = 0,8 ; O. G. = 1.

Novembre 1934 : O. D. V = 0,6 ; T = 25 ; C. V. normal.

O. G. V = 1 ; T = 30 ; C. V. normal.

173. — M^{me} R..., 79 ans (Lariboisière).

Avril 1930 : V. O. D. = 0,3 ; O. G. = les doigts à 1 m.

A mis pilo, T suivie, O. D. de 17 à 32, O. G. de 16 à 40.

Novembre 1934 : O. D. V = 0,1 ; T = 22 ; C. V. normal.

O. G. V = 0 ; T = 16.

174. — Mme S..., 68 ans (Lariboisière).

Décembre 1929 : O. D. V = 0,5 ; T = 30 ; C. V. normal.

Décembre 1934 : O. D. V = 0,6 ; T = 20 ; C. V. normal.

175. — M. V..., 53 ans (Lariboisière).

Octobre 1931 : O. D. V = 0,6 ; T = 45 ; C. V. normal.

A mis pilo, T suivie, de 17 à 40.

Octobre 1934 : O. D. V = 0,6 ; T = 20 ; C. V. normal.

2^o MALADES OPÉRÉS D'UN CÔTÉ ET SOIGNÉS
MÉDICALEMENT DE L'AUTRE

176. — Mme B..., 54 ans (Lariboisière).

Janvier 1925 : O. D. V = les doigts à 0 m. 50 ;
T = ++ (poussée au cours glaucome chronique).

O. G. V = 10/10 ; T = normale.

Elliot O. D. et pilo O. D. G. régulièrement.

Novembre 1934 : O. D. V = 0,1 ; T = 15. Cicatrice bulleuse.

O. G. V = 0,2 ; T = 22 ; F. O. ? (myosis).

177. — Mme B..., 62 ans (Tenon).

Novembre 1931 : Gl. chronique O. D. G. V. O. D. = 0,5 ; O. G. = 0,8.

C. V. normaux.

Soignée pilo, acécholine, T. suivie, de 20 à 40.

Mai 1933 : V. O. D. = 0 ; V. O. G. = 0,02 (à cette date *Elliot O. G.*).

Novembre 1934 : O. D. V = 0 ; T = 40. Atrophie papillaire.

O. G. V = 0,02 ; T = 30 ; C. V. réduit au point de fixation.

178. — M. B..., 60 ans (Tenon).

Février 1932 : O. D. V = -0,7 ; T = 0 ; C. V. 10° en dedans.

O. G. Glaucome aigu V = les doigts ; T = 70.

Pilo O. D. Poussée aiguë en décembre 1933, non opérée.

Elliot O. G. T. reste élevée.

Octobre 1934 : O. D. G. V = 0 ; T = ++.

179. — M. L..., 56 ans (Tenon).

Avril 1930 : Glaucome chronique O. D. G.

V. O. D. = 0 ; O. G. = 0,02.

Elliot O. D. Pilo O. G.

Novembre 1934 : Q. D. atrophique ;

O. G. V = P. L. ; T = 0.

180. — M^{me} L..., 48 ans (Hôtel-Dieu).

Août 1930 : O. D. V = 0,04 ; T = 55 ; C. V. rétréci *Elliot*.

O. G. V = 0,2 ; T = 30 ; C. V. normal. Pilo.

Octobre 1934 : O. D. V = 0,1 ; T = 0 ; C. V. stationnaire. Cicatrice bulleuse.

O. G. V = P. L. ; T = 0.

181. — Mme L., 59 ans (Lariboisière.)

Novembre 1932 : Glaucome aigu O. D. V = la main ; T = 70 malgré pilo-ésérine.

O. G. V = 0,5 ; T = 0.

Iridectomie O. D. (au 3^e jour après une ponction.

Novembre 1934 : O. D. V = 0,3 ; T = 15 ; C. V. normal.

O. G. V = 0,2 ; T = 25 ; F. O. ? (myosis).

182. — Mme L..., 59 ans (Lariboisière).

Avril 1932 : O. D. V = 0,6 ; T = 0 (pilo). Suivie régulièrement.

O. G. V = P. L. ; T = 50 (pilo). *Lagrange*.

Octobre 1934 : O. D. V = 0,1 ; T = 25 ; C. V. normal.

O. G. V = 0 ; T = 50.

183. — Mme M..., 53 ans (Hôtel-Dieu).

Avril 1929 : Glaucome chronique O. D. G. (met pilo depuis des années).

O. D. V = 0,9 ; T = 23 Pilo.

O. G. V = 0,3 ; T = 28 *Elliot*.

Novembre 1934 : O. D. V = 0,6 ; T = 35 ; C. V. normal.

O. G. V = 0,4 ; T = 18. Cicatrice bulleuse.

184. — M. S..., 68 ans (Hôtel-Dieu).

Octobre 1931 : Glaucome chronique O. D. G. (met pilo depuis 1 mois).

O. D. V = 0,1 ; T = 35 *Elliot*.

O. G. V = 0,4 ; T = 40 ; refuse l'opération O. G.

Novembre 1934 : O. D. V = 0,1 ; T = 0. Cicatrice plate.

O. G. V = les doigts à 1 m. ; T = 0.

3^o MALADES TRAITÉS MÉDICALEMENT DURANT UNE PÉRIODE ASSEZ PROLONGÉE ET OPÉRÉS ENSUITE

185. — M^{me} A..., 60 ans (Lariboisière).

Août 1928 : V. O. D. G. + 1 = 1 ; T. O. D. G. = 45.

Pilo 1 mois : O. D. V = 0,5 ; T = 60 *Elliot O. D.*

O. G. V = 0,6 ; T = 55 *Elliot O. G.*

2 mois après : V. O. D. G. = 0,9 ; T. O. D. G. = 22.

Novembre 1934 : V. O. D. G. — 6 = 0,2 ; T. O. D. G. = 18. Cicatrices bulleuses. Sclérose cristallinienne.

186. — M^{me} B..., 56 ans (Lariboisière).

Février 1926 : O. G. V = 0,6 ; T = 50.

Pilo 15 jours : V = 0,3 ; T = 60.

Iridectomie, Lagrange (1 mois après) puis 2 *punctations* de la C. A. (3 mois après) la T. restant élevée. Depuis novembre 1926, la tension varie de 10 à 20.

Octobre 1934 : O. G. V = 0,6 ; T = 16 ; C. V. normal. Cicatrice plate.

187. — M^{me} B..., 48 ans (Hôtel-Dieu).

Novembre 1927 : O. D. V = 0,1 ; C. V. 15^o en dedans. Pilo.

O. G. V = P. L. *Elliot*. Œil reste douloureux.
Enucléation.

Août 1928 : O. D. V = P. L. *Elliot*.

Octobre 1934 : O. D. V = P. L. ; T = 18.

188. — M. C..., 61 ans (Lariboisière).

Avril 1928 : Glaucome chronique O. D. G.

O. D. V = 1 ; T = + ; C. V. normal.

O. G. V = 0,3 ; T = + ; C. V. 25° en dedans.

Pilo 1 mois : O. D. V = 1 ; T = 35 ; C. V. normal.

Elliot.

O. G. V = 0,1 ; T = 50 ; C. V. 5° en dedans. *Lagrange*.

Novembre 1934 : O. D. G. cicatrices plates ; T = 15.

O. D. V = 1 ; C. V. normal.

O. G. V = la main en dehors (avait V = 0,1, 1 mois après l'opération).

189. — M. C..., 62 ans (Lariboisière).

Juillet 1930 : O. G. V = 1 ; T = 50.

Pilo 1 mois : V = 0,3 ; T = 50 *Lagrange*.

Octobre 1934 : O. G. V = 0,2 ; T = 15. Cicatrice plate.

190. — M^{me} C..., 54 ans (Hôtel-Dieu).

Novembre 1930 : O. D. V = 0,6 ; C. V. 10° en bas.

Elliot O. D.

O. G. V = 1 ; C. V. 5° en bas, pilo 1 mois O. G.

Décembre 1930 : O. G. V = 0,8 ; C. V. 5° en bas.

Elliot O. G.

Octobre 1934 : O. D. $V = 0,2$; $T = 22$; C. V. réduit au point de fixation.

O. G. $V = 0,4$; $T = 18$; C. V. stationnaire.

Cicatrices : O. D. plate, O. G. bulleuse.

191. — Mme G..., 57 ans (Lariboisière).

Mars 1925 : Glaucome chronique O. D. En 3 mois V passe de 0,9 à 0,5 (*Elliot*).

Décembre 1925 : La tension remonte, nouvel *Elliot*, $V = 0,6$.

Octobre 1934 : O. D. $V = 0,2$; $T = 18$. Cicatrices plates.

192. — M. L..., 59 ans (Lariboisière).

Novembre 1932 : O. D. malgré pilo et ésérine, V baisse de 0,7 à 0,5 en 4 jours ; $T = 50$; C. V. 5° en dedans, 10° dans les autres directions.

O. G. $V = 0,3$; $T = 50$; C. V. 5° en dedans, 20° dans les autres directions.

Lagrange O. D. G.

Janvier 1933 : T. O. D. G. = 0 ; V. O. D. = 0,7 ; O. G. = 0,3.

Octobre 1934 : O. D. G. $V = 0,3$; $T = 18$. Cicatrices bulleuses.

C. V. O. D. 10° en bas ; 20° dans les autres directions.

C. V. O. G. 10° en bas, 20° en dedans, 40° en haut et en dehors.

193. — M. L..., 42 ans (Lariboisière).

Avril 1930 : O. G. V = 1,6 ; T = 30 ; *Iridectomie*.

Juillet 1930 : O. G. V = 0,3 ; T oscille entre 20 et 40, refuse l'intervention.

Novembre 1934 : O. G. V = 0 ; T = ++.

194. — M. M..., 63 ans (Lariboisière).

Avril 1928 : Met pilo et ésérine O. D. G. depuis 2 mois :

O. D. V = 0,2 ; T = 40 *Holth*.

O. G. V = 0,5 ; T = 55 *Elliot*.

Mai 1928 : V. O. D. G. + 0,5 = 1.

Octobre 1934 : O. D. G. : V — 6 = 0,2 ; T = 18.

Cicatrices bulleuses, sclérose cristallinienne.

195. — M^{me} P..., 64 ans (Lariboisière).

Juillet 1932 : Glaucome chronique O. D. G.

C. V. O. D. G. 10° en dedans.

O. D. V = 0,3 Pilo-ésérine,

O. G. V = 0,2 *Holth*.

Août 1932 : O. D. V = 0,2 *Lagrange* (V remonte à 0,5).

O. G. V = 0,3 ; T = 0.

Octobre 1934 : O. D. V = 0,2 ; T = 25 ; C. V. 10° en dedans, cicatrice bulleuse.

O. G. V = 0,4 ; T = 13 ; C. V. affleure en dedans, cicatrice bulleuse.

196. — M. R..., 63 ans (Hôtel-Dieu).

Novembre 1932. : O. G. V = 0,7 ; T = 45. Pilo-ésérine.

Décembre 1932 : O. G. V = 0,5 ; T = 45 ; *Elliot*.

Novembre 1934 : O. G. V = 0,6 ; T = 15.

Cicatrice bulleuse.

4^o CHAMPS VISUELS RÉTRÉCIS ET TRAITEMENT
MÉDICAL

Voir :

Obs. 160.

Obs. 164, O. D.

Obs. 168.

Obs. 178, O. D.

Obs. 187, O. D.

Obs. 188, O. G.

CONCLUSIONS

I. — En ce qui concerne le glaucome aigu, l'iridectomie est formellement indiquée ; ses résultats sont d'autant meilleurs qu'elle est faite plus tôt ; l'adjonction d'une sclérectomie ne semble présenter aucun avantage réel.

II. — En ce qui concerne le glaucome chronique, les résultats opératoires globaux dans nos observations sont les suivants :

Sur 144 opérations pratiquées, il y eut 119 normalisations de la tension.

Sur 80 opérations pratiquées sur des yeux à vision chiffrable, il y eut :

- 29 très bons résultats visuels,
- 27 assez bons résultats visuels,
- 24 mauvais résultats visuels.

Ceci pour une durée d'observation variant de 2 à 9 ans après l'intervention.

En étudiant les résultats plus en détail, on s'aperçoit que la sclérecto-iridectomie constitue l'opération majeure du glaucome chronique.

Les résultats obtenus par les différentes techniques de sclérectomies semblent sensiblement comparables,

tout au plus pourrait-on penser que la sclérectomie par trépanation prédisposerait plus particulièrement aux infections tardives (encore cette opinion gagnerait-elle à être établie sur des statistiques plus étendues).

D'autre part, de l'étude des résultats opératoires ressortent deux conclusions particulièrement importantes :

a) Les résultats opératoires, quant à la tension et à la vision, sont d'autant meilleurs que l'intervention est pratiquée sur un œil moins profondément altéré par le glaucome.

b) Même dans les yeux profondément atteints par le glaucome (acuité mauvaise, champ visuel très rétréci), on ne constate cependant jamais de déficit visuel qui semble pouvoir être mis au compte de l'acte chirurgical.

De la confrontation de ces données avec ce que nous avons vu de l'évolution des glaucomes non opérés, il nous paraît logique de dégager une règle thérapeutique formelle :

Lorsque le traitement médical ne suffit plus à normaliser la tension ni à empêcher une atteinte, si minime fût-elle, de la valeur fonctionnelle de l'œil, il faut opérer, opérer par sclérecto-iridectomie et opérer le plus rapidement possible, ceci quelle que soit, à ce moment, l'atteinte des fonctions visuelles.

III. — Dans les glaucomes secondaires, mis à part les cas de séclusion pupillaire où l'iridectomie est

nécessaire et suffisante, les résultats opératoires sont moins bons. L'indication opératoire ne devra être posée qu'en présence d'une hypertension résistant aux moyens médicaux et semblant menacer la vision. Le normalisation de la tension est ici beaucoup moins fréquente que dans les cas de glaucome primitif et la conservation de l'acuité semble ressortir du domaine médical. Toutefois, dans certains yeux sans vision, durs et douloureux, la sclérecto-iridectomie semble calmer fréquemment les douleurs, même quand elle n'abaisse pas la tension : aussi pourra-t-on la tenter dans ces cas, en dernier ressort, pour éviter l'énucléation.

Vu : Le Doyen,	Vu : le Président de Thèse,
ROUSSY.	F. TERRIEN.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ABADIE. — Les nouveaux traitements du glaucome (*Cl. Ophtal.*, 1914, p. 479).
- Glaucome guéri par une simple section de l'iris (*Cl. Ophtal.*, juin 1910).
- Sclérectomie et iridectomie dans le glaucome (*Arch. d'Ophtal.*, 1909).
- ASMUS. — Pour et contre Elliot (*Zeitschr. f. Aug.*, 1920, p. 355).
- AXENFELD. — Discussion des nouvelles opérations antiglaucomateuses (*Klin. Monatsbl. f. Aug.*, septembre 1913, p. 383).
- Infections tardives après opérations d'Elliot (*Klin. Monatsbl. f. Aug.*, 1915, p. 264).
- BARBADAULT. — Sclérecto-iridectomie (Thèse Paris, 1908).
- BASSO. — Formation et valeur de la soi-disant cicatrice filtrante dans le glaucome (Congrès de Naples, 1909, XLII).
- BECKERT. — Trépanation d'Elliot dans le glaucome primitif (*Klin. Monatsbl. f. Aug.*, 1919, p. 474).
- BENTZEN. — Sur l'iridencleisis antiglaucomateuse de Hölth (*V. Graefes Arch.*, mars 1910, p. 259).
- BLAIKNER. — Des opérations d'iridencleisis (*Soc. all. d'Opht.*, Heidelberg, 1930).
- BOLDT. — Nouvelles données sur la cyclodialyse (*Deutschman's Beitr. z. Aug.*, 1909, p. 463).
- BONNEFON et FROMAGET. — Evolution histologique de la sclérectomie (*S. F. O.*, 1914).
- Recherches sur l'évolution histologique des résections sclérales aseptiques (*Ann. d'Ocul.*, T. CLIV, p. 505).
- BORTHEN. — Iridotaxis (*Arch. f. Aug.*, 1911, p. 145 et 398).

- BUSTORFF. — Résultats thérapeutiques dans le glaucome simple (*Finska Läkarsällsk. Handl.*, 1908, p. 127).
- CABANNES. — La paralysie de l'accommodation dans le glaucome, son pronostic, son traitement opératoire (*S. F. O.*, 1910).
- CASTRESANA. — La fistule sclérale vue à la lampe à fente dans l'opération de Lagrange (*Ann. d'Ocul.*, vol. CLXII, p. 381).
- CAVARO et FREDERICI. — Sur les suites éloignées de la sclérectomie antérieure (méthodes de Lagrange et d'Elliot) dans le glaucome chronique simple à une période très avancée (*Arch. di Ott.*, 1930, p. 263).
- CLEGG. — Résultat de 250 opérations d'Elliot (*Br. J. of Ophtal.*, 1917, p. 532).
- DAVENPORT. — Résultats éloignés de la trépanation scléro-cornéenne pour glaucome (*Br. J. of Ophtal.*, 1926, p. 478).
- DUPUY-DUTEMPS. — Une modification à la technique de la trépanation d'Elliot (*Ann. d'Ocul.*, vol CXLIX, p. 409).
- DUVERGER. — L'opération de Lagrange, traitement chirurgical des glaucomes (*Arch. d'Ophtal.*, 1933, p. 316).
- DUVERGER et VELTER. — Traitement chirurgical du glaucome chronique (*Arch. d'Ophtal.*, 1930, p. 5).
- ELLIOT. — Traitement opératoire du glaucome (*The Ophthalmoscope*, 1910, p. 482).
— Trépanation scléro-cornéenne dans le traitement opératoire du glaucome (2^e édition, Londres, 1914).
— L'iridectomie dans le glaucome (*The Ophthalmoscope*, 1916, p. 509 et 578).
- ELSCHNIG. — La cyclodialyse (*Klin. Monatsbl. f. Aug.*, 1909).
- FERGUS. — Trépanation pour glaucome (*The Ophthalmoscope*, février 1910).
- FILATOW. — A propos de l'opération d'Elliot (*Wiest. Ophtalm.*, 1915, p. 47).
- GILBERT. — Sur l'opération du glaucome (*Soc. Opht. d'Heidelberg*, 1912).
- GRADLE. — A propos de la cyclodialyse dans le glaucome simple (*Am. J. of Ophtal.*, 1931, p. 1101).
- GROSZ. — La trépanation dans le glaucome (*Zeitsch. f. Aug.*, 1920, p. 177).

- GROSZ. — Trépanation ou cyclodialyse (*Soc. ophtal. d'Heidelberg*, août 1928).
- GUNDFSEN. — Traitement chirurgical du glaucome primitif (*Kl. Monatsbl. f. Aug.*, 1916, p. 283).
- HAGEN. — La sclérectomie tangentielle et l'iridencleisis antiglaucomeuse de Holth (*Acta Ophtalm.*, 1932, p. 88).
- HARRISON BUTLER. — Le trépan dans le glaucome chronique (*Arch. of Ophtal.*, 1921, p. 1).
- HEGNER. — Recherches cliniques sur les résultats éloignés de la trépanation antiglaucomeuse (*Kl. Monatsbl. f. Aug.*, 1919, p. 36).
- HEINE. — Traitement opératoire du glaucome (*Kl. Monatsbl. f. Aug.*, vol. XLV, p. 2).
- HENDERSON. — Recherches anatomiques, physiologiques et pathologiques sur l'iridectomie dans le traitement du glaucome (Congrès international, 1909, LXXVI).
- HERBERT. — Résultats opératoires tardifs du glaucome (*Br. J. of Ophtal.*, 1921, p. 417).
- Traitement opératoire du glaucome (Londres, 1923).
- HOLTH. — De l'action favorable de l'iridencleisis dans les cas de glaucome chronique où l'iridectomie et la sclérotomie sont restées insuffisantes (Congrès international de 1909, XL).
- Sclérectomie à la pince emporte-pièce dans le glaucome, de préférence après incision à la pique (*Ann. d'Ocul.*, 142, p. 1).
- Recherches anatomiques sur les cicatrices opératoires et la rétrocession de l'excavation papillaire après opérations (*Soc. Ophtal. de Heidelberg*, 1913).
- Nouvelle technique de la sclérectomie avec la pince emporte-pièce dans le glaucome chronique (*The Br. J. of Ophtal.*, 1921, p. 544).
- Iridencleisis avec iridotomie méridionale, opération du glaucome aigu et chronique (*Acta Ophtalm.*, 1932).
- HORMS. — Infection tardive après opération d'Elliot (*Kl. Monatsbl. f. Aug.*, 1913, p. 380).
- IKONOMOPOULOS. — Résultats de l'iridencleisis de Holth (*Kl. Monatsbl. f. Aug.*, 1927, t. LXXVII, p. 669).
- KALT. — Ophtalmomalacie des 2 globes oculaires 6 ans après sclérectomie (*S. O. P.*, décembre 1925).

- KLEEFELD. — Démonstration de la transsudation perconjonctivale dans la sclérectomie antiglaucomateuse (*Soc. belge d'Ophtal.*, avril 1932, p. 39).
- KOSTER. — L'opération du glaucome dans les cas de champ visuel très rétréci (*Zeitsch. f. Aug.*, 1920, p. 333).
- KURZ. — Valeur de la trépanation d'Elliot dans le glaucome (*Soc. Tch. Ophtal.*, Prague, 1930).
- LAGRANGE. — Traitement du glaucome chronique par l'établissement d'une cicatrice filtrante (Congrès Fr. de Chirurgie, octobre 1905).
- La sclérectomie simple dans le glaucome chronique simple (*Arch. d'Ophtal.*, 1908, p. 481).
 - De la valeur de la sclérectomie dans le traitement du glaucome chronique (*Arch. d'Ophtal.*, 1908, p. 676).
 - De la fistulisation de l'œil (*Arch. d'Ophtal.*, 1909, p. 138).
 - Traitement du glaucome chronique (Congrès international de Médecine de Budapest, 1909).
 - Sclérectomie dans le glaucome chronique (*S. F. O.*, 1914).
 - De la sclérectomie avec boutonnière périphérique (*Arch. d'Ophtal.*, 1911, p. 433).
 - Opération pour le glaucome spécialement au point de vue des résultats comparatifs obtenus par l'iridectomie et ses substitutions récentes (Congrès international de Médecine, Londres, 1913).
 - De la méthode fistulisante dans la cure du glaucome chronique (*Arch. d'Ophtal.*, février 1914).
 - Des opérations décompressives dans le traitement du glaucome chronique (*Arch. d'Ophtal.*, 1920, p. 641).
- LERENIUS. — Sur la neurectomie optico-ciliaire, d'après Golovine, dans le glaucome absolu (*Kl. Monatsbl. f. Aug.*, avril 1912).
- LOFGREN. — Les résultats des opérations antiglaucomateuses (*Acta Ophtal.*, 1932, p. 77).
- MAGGIORE. — Contribution expérimentale au mécanisme de la cicatrisation dans la sclérectomie antérieure perforante (*Ann. di Ott. e. Cl. Ocul.*, 1929, p. 579).
- MAGITOT. — La récurrence nerveuse et les réflexes axoniques en ophtalmologie (*Ann. d'Ocul.* vol. CLXIV et CLXV, p. 897 et 1).

- MAGITOL — Réaction croisée oculo-oculaire (*Ann. d'Ocul.*, vol. CLXX, p. 465).
- MALCOLM HEPBURN. — Résultats de 140 trépanations pour glaucome (*The Br. J. of Ophthal.*, 1922, p. 97).
- MANOLESKO. — Interventions antiglaucomateuses de la clinique ophtalmologique de Bucarest (*Soc. Roum. Opht.*, novembre 1922).
- MANOLESKO et M^{lle} VOICULESCO. — La cyclodialyse de Heine dans le glaucome (*Soc. Roum. Ophtal.*, avril 1923).
- MARBAIX. — Réflexions sur 35 cas de sclérecto-iridectomie (*Ann. d'Ocul.*, vol. CLVII, p. 368).
- MAUKELS. — Évolution maligne de l'hypertension après la cyclodialyse (*Zeitsch. f. Aug.*, 1924, p. 167).
- MELLER. — Traitement du glaucome chronique (Discussion du rapport du Congrès de Médecine de Budapest, 1909).
- Sur la sclérecto-iridectomie (*Kl. Monatsbl. f. Aug.*, 1909, p. 641).
- Sur la sclérectomie d'après Lagrange et la trépanation d'après Elliot (*Kl. Monatsbl. f. Aug.*, 1914, p. 1).
- MORAX. — Glaucome et glaucomateux (Paris 1921, Doin, édit.).
- Résultats éloignés de la sclérecto-iridectomie dans la pratique privée (*Ann. d'Ocul.*, 1924, p. 500).
- Les hémorragies post-opératoires graves chez les glaucomateux (*S. F. O.*, 1929).
- L'infection tardive dans les opérations antiglaucomateuses (XIII^e Cong. Int. d'Opht. p. 520).
- MORAX et FOURRIÈRE. — Pronostic du glaucome aigu (*S. O. P.*, mars 1914).
- Traitement chirurgical du glaucome chronique (*Ann. d'Ocul.*, vol. CLI, p. 321).
- Traitement chirurgical du glaucome secondaire (*Ann. d'Ocul.*, vol. CLII, p. 241).
- Résultats éloignés de la sclérecto-iridectomie dans la clientèle hospitalière (*Ann. d'Ocul.*, vol. CLVIII, p. 481).
- MRAZOVA. — Efficacité thérapeutique de la trépanation d'Elliot et de la cyclodialyse dans le glaucome primitif (*Soc. Tch. d'Ophtal.*, 1930).

- NICATI. — L'iridectomie dans le glaucome (*Ann. d'Ocul.*, vol. CXLV, p. 123).
- OHM. — Glaucome et cyclodialyse (*Centralbl. f. prakt. Aug.*, 1909, p. 353).
- ONFRAY, ABELOOS et SUYS. — Les résultats éloignés de la fistulisation cornéo-sclérale dans le glaucome chronique (*S. F. O.*, 1934, p. 297).
- PARKER. — La conduite à tenir dans les cas de glaucomes non inflammatoires classés en antérieurs et postérieurs (*Am. J. of Ophthal.*, 1918, p. 628).
- PERETZ. — De l'iridectomie dans le glaucome chronique (Thèse de Montpellier, 1908).
- PESME et PARINAUD. — L'oulectomie, ses indications et sa place dans le traitement opératoire du glaucome (*Arch. d'Ophthal.*, 1925, p. 289).
- PILLAT. — Recherches sur le mode d'action des opérations anti-glaucomeuses fistulisantes et considérations spéciales sur l'iridencleisis antiglaucomeuse de Holth (Berlin, 1928, Karger, édit.).
- PLOMAN. — Sur la sclérectomie dans le glaucome (*Svenska Läkarsällsk. Handl.*, 1916, p. 1).
- PLOMAN et GRANSTROM. — Résultat fonctionnel post-opératoire dans les cas de glaucome primitif opérés à la clinique ophtalmologique de l'Institut Carolin de 1909 à 1927 (*Acta Ophthal.*, 1932, p. 54).
- QUERENGHI. — Résultats éloignés de la sclérochoriotomie dans la cure du glaucome (*Arch. di Ott.*, nov.-déc. 1907, janv. 1908).
- RASVAN. — Complication rare dans le glaucome après la trépanation d'Elliot (*Soc. Roum. Ophthal.*, Bucarest, mars 1931).
- ROCHON-DUVIGNEAUD. — Trépanation sclérale avec iridectomie (*S. F. O.*, 1914).
- Vraies et fausses cicatrices filtrantes après la trépanation sclérale (*S. F. O.*, 1931).
- ROCHON-DUVIGNEAUD et BESNARD. — L'irido-sclérectomie d'après Elliot. Les résultats dans les différentes formes de glaucome (*Ann. d'Ocul.*, vol. CLIX, p. 81).

- ROLLET et COLRAT. — Glaucome aigu opéré il y a 14 ans par iridectomie, résultat éloigné excellent (*Soc. Ophtal.*, Lyon, février 1925).
- RUSH. — Observation d'un cas de glaucome chronique et résultat opératoire (*Am. J. of Ophtal.*, 1920, p. 816).
- SAMEH BEY. — L'arrachement de l'iris dans le glaucome absolu (*Cl. Ophtal.*, décembre 1910).
- SCHEER. — Infection tardive après opération d'Elliot (*Kl. Monatsbl. f. Aug.*, 1913, p. 377).
- SCHMIDT. — L'expérience de la cyclodialyse à la clinique d'Erlangen (*Kl. Monatsbl. f. Aug.*, 1927, p. 389).
- SCHURHOFF. — Traitement opératoire du glaucome à la clinique de Kiel de 1907 à 1919 (*Kl. Monatsbl. f. Aug.*, 1919, p. 575).
- SCHOUTE. — Le champ et visuel le choix de l'opération du glaucome (*Zeitsch. f. Aug.*, 1916, p. 291).
- SERR. — Comment agit la trépanation d'Elliot (*Von Graefe's Arch.*, 1924, p. 186).
- SIWZEW. — Infection tardive après l'opération d'Elliot (*Kl. Monatsbl. f. Aug.*, 1925, t. LXXIV, p. 739).
- SLAVIK. — Expérience acquise au sujet de la cyclodialyse (*Soc. Tch. d'Ophtal.*, 1930).
- SPITAL. — A propos du principe hypotenseur de la trépanation sclérale d'Elliot dans le glaucome chronique (*V. Graefe's Arch. f. Ophtal.*, t. CVI, p. 178).
- STEIN. — Les résultats durables de la cyclodialyse (*Arch. f. Aug.*, 1930, p. 626).
- STOCK. — Sur les résultats de la trépanation d'Elliot dans le glaucome (*Kl. Monatsbl. f. Aug.*, oct. 1912).
- STREBEL. — Iridodialyse et glaucome (*Praxis*, 18-2-34).
- STOEWER. — Infection tardive après opération d'Elliot (*Kl. Monatsbl. f. Aug.*, 1914, p. 425).
- SUKER. — L'opération de filtration de Mauksch dans le glaucome chronique, résultats de 24 opérations (*Am. J. of Ophtal.*, 1931, p. 732).
- SULZER. — Résultats du traitement opératoire du glaucome de son institution à nos jours (*Am. d'Ocul.*, vol. CLI, p. 401).
- SWIFT. — 12 opérations pratiquées par Elliot (*Ophtalmology*, 1915, p. 253).

- Infection tardive après opération d'Elliot (*Kl. Monatsbl. f. Aug.*, 1925, p. 739).
- TERRIEN. — Action de la sclérotomie postérieure dans le glaucome (*Arch. d'Ophtal.*, 1899, p. 691).
- Chirurgie de l'œil et de ses annexes (Paris, 1902).
- TERSON. — Sclérectomie antérieure perforante simple dans les cas où l'iridectomie est dangereuse ou insuffisante (*Ann. d'Ocul.*, vol. CXLIV, p. 4).
- Glaucome hémorragique et sclérectomie antérieure (*Ann. d'Ocul.*, vol. CXLVII, p. 81).
- TEULIÈRES. — Contribution à l'étude de la sclérectomie avec ou sans iridectomie (*S. F. O.*, 1912).
- La sclérectomie dans le glaucome chronique. Étude histologique de la fistule dans les cas anciens (XIII^e Congr. Int. d'Opht., p. 361).
- VAN DER HOEVE. — Iridectomie dans le glaucome hémorragique (*Soc. Néerl. Opht.*, décembre 1909).
- Glaucome et iridectomie (*Arch. d'Ophtal.*, 1910, p. 51).
- Les lacunes du champ visuel et les méthodes opératoires (*Zeitsch. f. Aug.*, 1915, p. 277).
- Champ visuel et choix de l'opération du glaucome (*Zeitsch. f. Aug.*, 1916, p. 235).
- VAN DUYSE. — Perméabilité de la cicatrice après la sclérectomie dans le glaucome simple (*S. O. P.*, 1923, p. 266).
- VILLARD et BOUNIOL. — Traitement des infections intraoculaires tardives consécutives à l'opération d'Elliot (*S. F. O.*, 1929).
- VOLLARO. — Technique et résultats de la sclérectomie de Lagrange dans le glaucome chronique simple (*Boll. d'Ocul.*, 1922, p. 108).
- VOSEK. — Les effets de l'opération fistulisante du glaucome par la méthode de Holth sont-ils durables ? (*Soc. Tch. Opht.*, 1930).
- WEEKERS. — De l'iridectomie dans le traitement du glaucome hémorragique (*Arch. d'Ophtal.*, 1908, p. 640).
- WYKHODTZEW. — Influence et valeur de la cyclodialyse (Thèse Saint-Pétersbourg, 1907).
- YOSHIDA. — Glaucome aigu consécutif à la cyclodialyse (*Am. J. of Ophtal.*, 1923, p. 356).
- ZENTMAYER. — Trépanation scléro-cornéenne dans le glaucome chronique simple (*Am. J. of Ophtal.*, 1931, p. 617).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	11
Cyclodialyse et Iridencleisis	16
Glaucome aigu	19
Glaucome chronique primitif	24
Résultats tensionnels	28
Résultats visuels	30
Infections tardives	40
Opérations en clientèle de ville	45
Glaucomes secondaires	51
Glaucome chronique et traitement médical	57
Observations	61
Conclusions	119
BIBLIOGRAPHIE	123

IMPRIMERIE R. BUSSIÈRE
SAINT-AMAND (CHER), FRANCE, 14-1-1935.
